무배당 프로미라이프

참좋은 훼밀리라이프종합보험1605

목차

자주 발생하는 민원 예시 ····· 12

신용정보 제공·활용에 대한 고객 권리 안내문 ····· 14

가입자 유의사항 ····· 16

주요내용 요약서 ····· 18

보험금 청구시 준비하셔야 할 서류 ····· 21

프로미라이프 용어사전 ····· 27

프로미라이프 지식백과 ····· 31

보통약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 34

1. (목적) ····· 34
2. (용어의 정의) ····· 34

제2관 보험금의 지급 ····· 35

3. (보험금의 지급사유) ····· 35
   3-1. (보험금의 지급사유(상해사망·80%이상후유장해)) ····· 35
   3-2. (보험금의 지급사유(상해후유장해(3~100%)) ····· 35
4. (보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 35
   4-1. (보험금 지급에 관한 세부규정(상해사망·80%이상후유장해) ····· 35
   4-2. (보험금 지급에 관한 세부규정(상해후유장해(3~100%)) ····· 36
5. (보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 36
6. (보험금 지급사유의 통지) ····· 37
7. (보험금의 청구) ····· 37
8. (보험금의 지급절차) ····· 37
9. (적립환급금의 지급) ····· 38
   9-1. (적립환급금의 지급시기 지정 및 변경) ····· 38
10. (보험금 받는 방법의 변경) ····· 39
11. (주소변경통지) ····· 39
12. (보험수익자의 지정) ····· 39
13. (대표자의 지정) ····· 39

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 39

14. (계약 전 알릴 의무) ····· 39
15. (계약 후 알릴 의무) ····· 40
16. (알릴 의무 위반의 효과) ····· 40
17. (사기에 의한 계약) ····· 41

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 41
18. (보험계약의 성립) ····· 41
19. (청약의 철회) ····· 41
20. (약관교부 및 설명의무 등) ····· 42
21. (계약의 무효) ····· 43
22. (계약내용의 변경 등) ····· 43
23. (보험나이 등) ····· 44
24. (계약의 소멸) ····· 44

제5관 보험료의 납입 ····· 45
25. (제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 45
26. (제2회 이후 보험료의 납입) ····· 45
26-1. (보험료 납입면제) ····· 45
27. (보험료의 자동대출납입) ····· 45
28. (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 46
29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 46
30. (강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)) ····· 47

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 47
31. (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 47
32. (중대사유로 인한 해지) ····· 47
33. (회사의 파산선고와 해지) ····· 47
34. (해지환급금) ····· 48
35. (공시이율의 적용 및 공시) ····· 48
36. (중도인출금) ····· 48
37. (보험계약대출) ····· 48
38. (배당금의 지급) ····· 49

제7관 분쟁조정 등 ····· 49
39. (분쟁의 조정) ····· 49
40. (관할법원) ····· 49
41. (소멸시효) ····· 49
42. (약관의 해석) ····· 49
43. (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력) ····· 49
44. (회사의 손해배상책임) ····· 49
45. (개인정보보호) ····· 49
46. (준거법) ····· 49
47. (예금보험에 의한 지급보장) ····· 50

특별약관

제1장 상해관련 특별약관
1. 상해사망 특별약관 ····· 52
1-1. 상해사망(세만기) 특별약관 ····· 52
1-2. 상해사망(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 52
2. 상해사망유족자금(매월10년간지급) 특별약관 ····· 54
2-1. 상해사망유족자금(매월10년간지급)(세만기) 특별약관 ····· 54
2-2. 상해사망유족자금(매월10년간지급)(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 54
3. 상해80%이상후유장해 특별약관 ····· 56
4. 상해80%이상후유장해생활자금(매월10년간지급) 특별약관 ····· 57
5. 상해50%이상후유장해 특별약관 ····· 58
6. 상해50%이상후유장해생활자금(매월10년간지급) 특별약관 ····· 59
7. 상해후유장해(20~100%) 특별약관 ····· 60
8. 상해장애진단비(1~2급) 특별약관 ····· 61
9. 상해장애진단비(1~3급) 특별약관 ····· 63
10. 상해장애진단비(1~4급) 특별약관 ····· 64
11. 상해입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 66

11-1. 상해입원일당(1일이상180일한도)(세만기) 특별약관 ····· 66
11-2. 상해입원일당(1일이상180일한도)(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 67
12. 상해입원일당(병원종류별차등지급)(1일이상180일한도)
(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 68
13. 상해수술입원일당(1일이상60일한도) 특별약관 ····· 73
13-1. 상해수술입원일당(1일이상60일한도)(세만기) 특별약관 ····· 73
13-2. 상해수술입원일당(1일이상60일한도)(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 75
14. 상해중환자실입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 78
15. 상해수술비 특별약관 ····· 79
15-1. 상해수술비(세만기) 특별약관 ····· 79
15-2. 상해수술비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 81
16. 상해흉터복원수술비 특별약관 ····· 82
17. 중대한 특정상해수술비 특별약관 ····· 84
18. 골절진단비(치아제외) 특별약관 ····· 85
19. 5대골절진단비 특별약관 ····· 86
20. 안면·두개골 특정골절진단비 특별약관 ····· 86
21. 골절수술비 특별약관 ····· 87
22. 화상진단비 특별약관 ····· 88
23. 화상수술비 특별약관 ····· 88
24. 중대한 화상 및 부식진단비 특별약관 ····· 90
25. 자동차부상치료비Ⅱ 특별약관 ····· 90
25-1. 운전자 자동차부상치료비Ⅱ 특별약관 ····· 90
25-2. 비운전자 자동차부상치료비Ⅱ 특별약관 ····· 92
26. 자동차부상치료비Ⅲ 특별약관 ····· 93
26-1. 운전자 자동차부상치료비Ⅲ 특별약관 ····· 93
26-2. 비운전자 자동차부상치료비Ⅲ 특별약관 ····· 95
27. 자동차사고성형수술비 특별약관 ····· 96
28. 자동차사고치아보철지원금 특별약관 ····· 97
29. 교통상해수술비 특별약관 ····· 99
29-1. 운전자 교통상해수술비 특별약관 ····· 99
29-2. 비운전자 교통상해수술비 특별약관 ····· 101
30. 교통상해골절수술비 특별약관 ····· 103
30-1. 운전자 교통상해골절수술비 특별약관 ····· 103
30-2. 비운전자 교통상해골절수술비 특별약관 ····· 105
31. 교통상해5대골절진단비 특별약관 ····· 107
31-1. 운전자 교통상해5대골절진단비 특별약관 ····· 107
31-2. 비운전자 교통상해5대골절진단비 특별약관 ····· 108
32. 탈구염좌및과긴장수술비 특별약관 ····· 109
32-1. 탈구염좌및과긴장수술비(세만기) 특별약관 ····· 109
32-2. 탈구염좌및과긴장수술비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 111
33. 골절한방치료비(치아제외)(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 113
34. 상해수술 한방치료비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 115
35. 자동차부상 한방치료비(1~3급)(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 118
35-1. 운전자 자동차부상 한방치료비(1~3급)(3년만기자동갱신)
특별약관 ····· 118
35-2. 비운전자 자동차부상치료비(1~3급)(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 121
36. 자동차부상 한방치료비(1~11급)(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 124
36-1. 운전자 자동차부상 한방치료비(1~11급)(3년만기자동갱신)
특별약관 ····· 124
36-2. 비운전자 자동차부상치료비(1~11급)(3년만기자동갱신)
특별약관 ····· 127
37. (여성)성폭력피해보험금(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 130
38. 강력범죄피해보험금 특별약관 ····· 132

제2장 질병관련 특별약관

1. 질병사망 특별약관 ····· 136
1-1. 질병사망(세만기) 특별약관 ····· 136
1-2. 질병사망(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 137
2. 질병사망유족자금(매월10년간지급) 특별약관 ····· 138
2-1. 질병사망유족자금(매월10년간지급)(세만기) 특별약관 ····· 138
2-2. 질병사망유족자금(매월10년간지급)(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 139
3. 질병80%이상후유장해 특별약관 ····· 140
4. 질병80%이상후유장해생활자금(매월10년간지급) 특별약관 ····· 142
5. 질병50%이상후유장해 특별약관 ····· 143
6. 질병50%이상후유장해생활자금(매월10년간지급) 특별약관 ····· 144
7. 질병장애진단비(1~2급) 특별약관 ····· 146
8. 질병장애진단비(1~3급) 특별약관 ····· 147
9. 질병장애진단비(1~4급) 특별약관 ····· 149
10. 질병입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 151
10-1. 질병입원일당(1일이상180일한도)(세만기) 특별약관 ····· 151
10-2. 질병입원일당(1일이상180일한도)(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 153
11. 질병입원일당(병원종류별차등지급)(1일이상180일한도)
(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 155
12. 질병수술입원일당(1일이상60일한도) 특별약관 ····· 162
12-1. 질병수술입원일당(1일이상60일한도)(세만기) 특별약관 ····· 162
12-2. 질병수술입원일당(1일이상60일한도)(3년만기자동갱신) 특별약관 ··· 166
13. 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 169
14. 질병수술비 특별약관 ····· 171
14-1. 질병수술비(세만기) 특별약관 ····· 171
14-2. 질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 174
15. 21대질병수술비 특별약관 ····· 176
15-1. 21대질병수술비(세만기) 특별약관 ····· 176
15-2. 21대질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 179
16. 16대질병수술비 특별약관 ····· 182
16-1. 16대질병수술비(세만기) 특별약관 ····· 182
16-2. 16대질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 184
17. 암사망 특별약관 ····· 187
17-1. 암사망(세만기) 특별약관 ····· 187
17-2. 암사망(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 188
18. 암80%이상후유장해 특별약관 ····· 191
19-1. 암진단비 (유사암 및 대장점막내암 제외) 특별약관 ····· 193
19-1-1. 암진단비(유사암 및 대장점막내암 제외)(세만기) 특별약관 ····· 193
19-1-2. 암진단비(유사암 및 대장점막내암 제외)(3년만기자동갱신)
특별약관 ····· 195
19-2. 대장점막내암진단비 특별약관 ····· 197
19-3. 유사암진단비Ⅱ(대장점막내암제외) 특별약관 ····· 198
19-3-1. 유사암진단비Ⅱ(대장점막내암제외)(세만기) 특별약관 ····· 198
19-3-2. 유사암진단비Ⅱ(대장점막내암제외)(3년만기자동갱신) 특별약관 ··· 200
20. 암수술비Ⅰ 특별약관 ····· 202
21. 암수술비Ⅱ 특별약관 ····· 204
22. 항암방사선·약물치료비 특별약관 ····· 206
23. 암직접치료입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 ····· 208
24. 11대특정암진단비 특별약관 ····· 211
24-1. 11대특정암진단비(세만기) 특별약관 ····· 211
24-2. 11대특정암진단비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 212
25. 생식기관련암진단비 특별약관 ····· 214
25-1. 생식기관련암진단비(세만기) 특별약관 ····· 214
25-2. 생식기관련암진단비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 215
26. 고액치료비암진단비 특별약관 ····· 217
27. 단계별암진단비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 219
28. 재진단암진단비(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외) 특별약관 ····· 223
28-1. 재진단암진단비(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)
(세만기) 특별약관 ····· 223

28-2. 재진단암진단비(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)
(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 229
29. 두번째암진단비(유사암 및 대장점막내암 제외)(원발/전이/재발암)
(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 235
30. 뇌혈관질환사망 특별약관 ····· 239
30-1. 뇌혈관질환사망(세만기) 특별약관 ····· 239
30-2. 뇌혈관질환사망(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 240
31. 단계별뇌혈관질환진단비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 242
32. 뇌졸중진단비 특별약관 ····· 244
32-1. 뇌졸중진단비(세만기) 특별약관 ····· 244
32-2. 뇌졸중진단비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 245
33. 뇌출혈진단비 특별약관 ····· 247
33-1. 뇌출혈진단비(세만기) 특별약관 ····· 247
33-2. 뇌출혈진단비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 248
34. 뇌혈관질환수술비 특별약관 ····· 250
34-1. 뇌혈관질환수술비(세만기) 특별약관 ····· 250
34-2. 뇌혈관질환수술비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 251
35. 뇌출혈수술비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 253
36. 비파열대뇌동맥류수술비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 255
37. 뇌혈관질환입원일당(4일이상120일한도) 특별약관 ····· 257
38. 양성뇌종양진단비 특별약관 ····· 259
39. 양성뇌종양수술비(경계성종양 제외) (3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 260
40. 허혈심장질환사망 특별약관 ····· 262
40-1. 허혈심장질환사망(세만기) 특별약관 ····· 262
40-2. 허혈심장질환사망(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 263
41. 단계별허혈심장질환진단비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 265
42. 급성심근경색증진단비 특별약관 ····· 267
42-1. 급성심근경색증진단비(세만기) 특별약관 ····· 267
42-2. 급성심근경색증진단비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 268
43. 허혈심장질환수술비 특별약관 ····· 270
43-1. 허혈심장질환수술비(세만기) 특별약관 ····· 270
43-2. 허혈심장질환수술비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 271
44. 급성심근경색증수술비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 273
45. 허혈심장질환입원일당(4일이상120일한도) 특별약관 ····· 275
46. 특정류마티스관절염진단비 특별약관 ····· 277
47. 중대한 재생불량성빈혈진단비 특별약관 ····· 278
48. 만성당뇨합병증진단비 특별약관 ····· 280
49. 말기신부전증진단비 특별약관 ····· 281
50. 말기폐질환진단비 특별약관 ····· 282
51. 말기간경화진단비 특별약관 ····· 283
52. 크론병진단비 특별약관 ····· 284
53. 다발성경화증진단비 특별약관 ····· 285
54. 결핵진단비 특별약관 ····· 286
55. 약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)진단비 특별약관 ····· 287
56. 관상동맥성형수술비(PTCA) 특별약관 ····· 288
57. 관상동맥우회수술비 특별약관 ····· 289
58. 심장판막수술치료비(경피적수술포함) (3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 290
59. 체내용 심박조율장치 매입술(삽입,교환) (3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 293
60. 대동맥류수술치료비(경피적수술포함) (3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 294
61. 여성만성질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 297
62. 부인과질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 299
63. 자궁적출수술비 특별약관 ····· 301
64. 유방암으로 인한 유방수술비 특별약관 ····· 302
65. 남성특정비뇨기계질환수술비 특별약관 ····· 304
66. 조혈모세포이식수술비 특별약관 ····· 306
67. 시청각질환수술비 특별약관 ····· 307
68. 컴퓨터질환수술비 특별약관 ····· 309
69. 후각특정질환수술비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 310

70. 호흡기관련질병수술비 특별약관 ····· 312
71. 충수염(맹장염)수술비 특별약관 ····· 313
72. 식중독입원일당(4일이상120일한도) 특별약관 ····· 314
73. 개호유발특정질병수술비 특별약관 ····· 316
74. 노인성질병입원일당(4일이상120일한도) 특별약관 ····· 318
75. 특정전염병치료비 특별약관 ····· 319
76. 정신 및 행동장애 입원비(4일이상)(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 320
77. 희귀난치성질환수술비 특별약관 ····· 322
78. 희귀난치성질환입원일당(4일이상120일한도) 특별약관 ····· 323
79. 특정 3대 성인질병수술비 특별약관 ····· 325
80. 특정 3대 성인질병입원일당(4일이상180일한도) 특별약관 ····· 327
81. 인후질환수술비 특별약관 ····· 328
82. 탈장질환수술비 특별약관 ····· 330
83. 담석·담도질환수술비 특별약관 ····· 331
84. 질병수술한방치료비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 332
85. 암한방치료비(유사암 및 대장점막내암 제외) (3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 336
86. 유사암한방치료비(대장점막내암포함) (3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 340
87. 항암방사선·약물한방치료비(유사암제외) (3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 345
88. 뇌출혈한방치료비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 347
89. 급성심근경색증한방치료비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 350
90-1. 질병사망(65세 전환형) 특별약관 ····· 354
90-2. 新장기간병요양진단비(1,2등급)(65세 전환형) 특별약관 ····· 355

제3장 질병 및 상해관련 특별약관

1. 상해·질병80%이상후유장해 특별약관 ····· 360
2. 5대장기이식수술비 특별약관 ····· 361
3. 각막이식수술비 특별약관 ····· 362
4. 응급실내원보험금 특별약관 ····· 363
4-1. 응급실내원보험금(세만기) 특별약관 ····· 363
4-2. 응급실내원보험금(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 366
5. 깁스치료비 특별약관 ····· 368
6. 인공관절수술비 특별약관 ····· 369
7. 유방절제수술비 특별약관 ····· 371
8. 관절증(엉덩,무릎)수술비(이차성 및 상세불명제외) 특별약관 ····· 372
8-1. 관절증(엉덩,무릎)수술비(이차성 및 상세불명제외) (세만기) 특별약관 ····· 372
8-2. 관절증(엉덩,무릎)수술비(이차성 및 상세불명제외) (3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 373
9. 추간판탈출증수술비 특별약관 ····· 375
9-1. 추간판탈출증수술비(세만기) 특별약관 ····· 375
9-2. 추간판탈출증수술비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 376
10. 관절증(엉덩,무릎) 수술 한방치료비(이차성 및 상세불명제외) (3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 378
11. 추간판탈출증수술 한방치료비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 381
12. 新장기간병요양진단비(1등급) 특별약관 ····· 384
13. 新장기간병요양진단비(1,2등급) 특별약관 ····· 387
14. 新장기간병요양진단비(1,2,3,4등급) 특별약관 ····· 389
15. 간절제수술비(간엽이상)(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 391
16. 신장적출수술비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 393
17. 폐완전절제수술비(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 395

제4장 비용손해관련 특별약관
1. 벌금(실손) 특별약관 ····· 398
2. 자동차사고 변호사선임비용(실손) 특별약관 ····· 399
3. 교통사고처리지원금(실손) 특별약관 ····· 401
3-1. 자가용운전자 교통사고처리지원금(실손) 특별약관 ····· 401
3-2. 영업용운전자 교통사고처리지원금(실손) 특별약관 ····· 403
4. 중상해교통사고처리지원금 (실손) 특별약관 ····· 406
4-1. 자가용운전자 중상해교통사고처리지원금(실손) 특별약관 ····· 406
4-2. 영업용운전자 중상해교통사고처리지원금(실손) 특별약관 ····· 408
5. 중상해제외 교통사고처리지원금(실손) 특별약관 ····· 410
5-1. 자가용운전자 중상해제외 교통사고처리지원금(실손) 특별약관 ····· 410
5-2. 영업용운전자 중상해제외 교통사고처리지원금(실손) 특별약관 ····· 412
6. 면허정지일당(영업용) 특별약관 ····· 414
7. 면허취소보험금(영업용) 특별약관 ····· 415
8. 휼인원비용(깔때기휼제외)(정규휼,실손) 특별약관 ····· 417
9. (가족)과실치사상벌금(실손) 특별약관 ····· 418
10. 업무상과실·중과실치사상벌금(실손, 형법 제 268조 관련) 특별약관 ····· 419
11. 화재벌금(실손)(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 420
12. 의료사고법률비용(실손) 특별약관 ····· 422
12-1. 의료사고법률비용(실손)(세만기) 특별약관 ····· 422
12-2. 의료사고법률비용(실손)(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 423
13. 민사소송법률비용손해(실손)(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 425
14. 행정소송법률비용손해(실손)(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 431

제5장 재물손해관련 특별약관
1. 골프용품손해(실손) 특별약관 ····· 438

제6장 배상책임관련 특별약관
1. 가족일상생활배상책임(실손) 특별약관 ····· 444
1-1. 가족일상생활배상책임(실손)(세만기) 특별약관 ····· 444
1-2. 가족일상생활배상책임(실손)(3년만기자동갱신) 특별약관 ····· 449

제7장 무배당 프로미라이프 실손의료비 특별약관 ····· 458

제도성 특별약관
1. 이륜자동차 운전중상해 부담보 특별약관 ····· 486
2. 보험료 자동납입 특별약관 ····· 486
3. 선지급 서비스 특별약관 ····· 487
4. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 ····· 488
5. 특별조건부(표준하체 인수) 특별약관 ····· 490
6. 지정대리청구서비스 특별약관 ····· 491
7. 전자서명 특별약관 ····· 492

【별표1】 장해분류표 ····· 494
【별표2】 5대골절 분류표 ····· 505
【별표3】 골절(치아파절제외) 분류표 ····· 505
【별표4】 화상 분류표 ····· 506
【별표5】 중대한 특정상해 분류표 ····· 506
【별표6】 자동차사고 부상등급표 ····· 507
【별표7】 11대특정암 분류표 ····· 515
【별표8-1】 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) ····· 516
【별표8-2】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 ····· 516
【별표9】 제자리신생물 분류표 ····· 517
【별표10】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 517
【별표11】 생식기관련암 분류표 ····· 518
【별표12】 고액치료비암 분류표 ····· 518
【별표13】 병기구분 불가암 분류표 ····· 519
【별표14】 특정암 분류표 ····· 521
【별표15】 뇌혈관질환 분류표 ····· 521
【별표16】 뇌졸중 분류표 ····· 522
【별표17】 뇌출혈 분류표 ····· 522
【별표18】 비파열대뇌동맥류 분류표 ····· 522
【별표19】 양성뇌종양(경계성종양 제외) 분류표 ····· 523
【별표20】 허혈심장질환 분류표 ····· 523
【별표21】 급성심근경색증 분류표 ····· 523
【별표22】 만성당뇨합병증 분류표 ····· 524
【별표23】 말기폐질환 분류표 ····· 525
【별표24】 결핵 분류표 ····· 525
【별표25】 약제내성결핵(슈퍼결핵 포함) 분류표 ····· 526
【별표26】 여성만성질병 분류표 ····· 526
【별표27】 부인과질병 분류표 ····· 527
【별표28】 여성생식기암 분류표 ····· 529
【별표29】 자궁적출수술의 분류표 ····· 529
【별표30】 유방암으로 인한 유방수술 분류표 ····· 530
【별표31】 남성특정비뇨기계질환 분류표 ····· 530
【별표32】 희귀난치성질환 분류표 ····· 531
【별표33】 특정 3대 성인질병 분류표 ····· 534
【별표34】 인후질환 분류표 ····· 535
【별표35】 탈장질환 분류표 ····· 535
【별표36】 담석·담도질환 분류표 ····· 535
【별표37】 21대질병 분류표 ····· 536
【별표38】 16대질병 분류표 ····· 538
【별표39】 시청각질환 분류표 ····· 540
【별표40】 누적외상성질환(VDT증후군) 분류표 ····· 540
【별표41】 후각특정질환 분류표 ····· 541
【별표42】 호흡기관련질병 분류표 ····· 541
【별표43】 충수염(맹장염) 분류표 ····· 542
【별표44】 식중독 분류표 ····· 542
【별표45】 개호유발특정질병 분류표 ····· 543
【별표46】 노인성질병 분류표 ····· 544
【별표47】 특정전염병 분류표 ····· 544
【별표48】 정신 및 행동장애 분류표 ····· 545
【별표49】 유방절제수술 분류표 ····· 545
【별표50】 관절증(엉덩,무릎) 분류표 ····· 546
【별표51】 추간판탈출증 분류표 ····· 546
【별표52】 장애인복지법, 장애인복지법 시행령, 장애인복지법 시행규칙 ····· 547
【별표52.1】 장애인의 종류 및 기준(제2조 관련) ····· 547
【별표52.2】 장애인의 장애등급표(제2조 관련) ····· 548
【별표53】 보건복지부(장애등급 판정기준) 중 장애판정 시기 ····· 555
【별표54】 보건복지부(장애등급 판정기준) 중 중복장애 합산시 장애등급 상향조정표 ····· 555

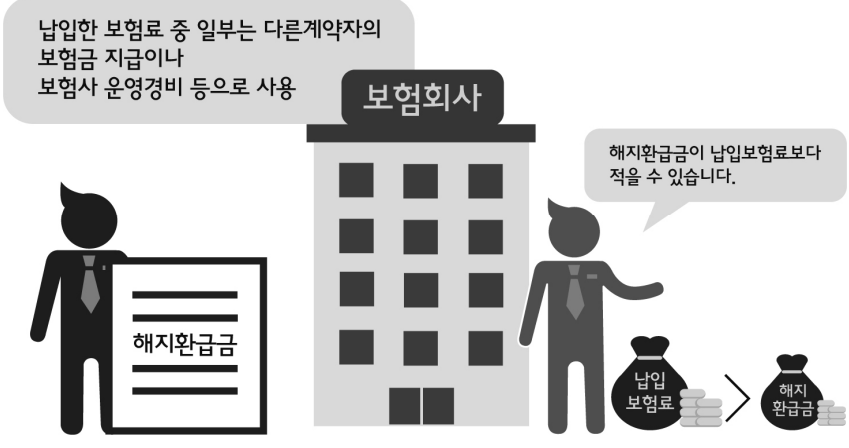
【별표55】 안면·두개골 특정골절 분류표 ····· 556
【별표56】 골절 분류표 ····· 556
【별표57】 탈구, 관절 및 인접근육의 염좌 및 과긴장 분류표 ····· 557
【별표58】 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자) ····· 557
【별표59】 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 ····· 558
【별표60-1】 소송목적의 값에 따른 변호사비용 ····· 559
【별표60-2】 민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액 ····· 559
【별표60-3】「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 송달료
(민사소송법률비용손해) ····· 559
【별표61-1】 소송목적의 값에 따른 변호사비용 ····· 559
【별표61-2】 민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액 ····· 560
【별표61-3】「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 송달료
(행정소송법률비용손해) ····· 560
【별표62】 특정부위·질병 분류표 ····· 560
【별표63】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 562

참고, 약관에서 인용한 법규 ····· 563

자주 발생하는 민원 예시

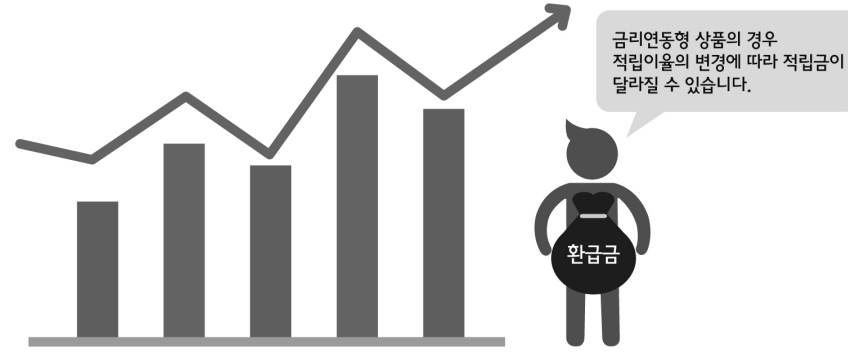
사례1. 가입초기 환금률 과소 관련

- 사례 : A씨는 보험가입 6개월 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으며, 해지시 해지환급금이 납입한 보험료보다 적은 것에 대한 불만을 제기하였습니다.
- 유의사항 : 보험계약은 은행의 저축과 달리 납입한 보험료 중 일부는 다른 계약자에게 보험금으로 지급되며, 또다른 일부는 보험회사의 운영에 필요한 경비로 사용되어 해지환급금이 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.



사례2. 적립부분 환급률 관련

- 사례 : A씨는 보험가입 3년 후 콜센터를 통하여 가입한 상품의 환급률을 확인해 보았으며, 최초 가입시 가입설계서에서 안내받은 3년시점의 환급률보다 낮은 것에 불만을 제기하였습니다.
- 유의사항 : 금리연동형 상품의 경우, 공시이율을 적용하여 적립부분 순보험료를 적립하고 있습니다. 공시이율은 회사의 운용자산이익률과 시중지표금리에 연동되며, 공시이율의 변경에 따라 적립부분 적립금은 변동될 수 있습니다.



사례3. 실손의료비 공제금액 관련

- 사례 : A씨는 통원치료후 병원 외래의료비 및 약제의료비(처방조제비)를 실손의료비 특별약관 보험금으로 청구하였으나, 각각 공제금액이 발생한 것에 대하여 불만을 제기하였습니다.

- 유의사항 : 실손의료비의 통원의료비는 외래의료비와 약제의료비(처방조제비)로 구분되어 있고, 공제금액을 각각 적용하고 있습니다. 외래의료비의 경우에는 요양기관별로 방문 1회당, 약제의료비(처방조제비)의 경우에는 처방전 1건당 각각 약관에서 정한 금액을 공제한 후 보험금을 지급해드리고 있습니다.

사례4. 실손의료비 한방 비급여 면책관련

- 사례 : A씨는 치료목적으로 한의원에서 치료를 받고 실손의료비 특별약관 보험금을 청구하였으나, 비급여부분이 보상되지 않는 것에 대한 불만을 제기하였습니다.

- 유의사항 : 실손의료비 특별약관에서 정한 "보상하지 않는 사항"에 따라, 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비는 보상하여 드리지 않고 있습니다.
  그 밖의 보상하지 않는 사항에 대하여는 반드시 약관을 확인하시기 바랍니다.

신용정보 제공·활용에 대한 고객 권리 안내문

가. 금융서비스 이용범위

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

나. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상의 고객 권리

• 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제35조에 따라 금융회사가 본인정보를 전국은행연합회, 신용조회회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

• 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

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

• 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제37조에 따라 가입 신청시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 해당 금융회사가 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 중단시킬 수 없습니다.)

신청자 제한 : 신규 거래고객은 계약을 체결한 날로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

• 본인정보의 열람 및 정정 요구

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

• 본인정보의 무료 열람 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제39조에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

NICE신용평가정보(주)	02-3771-1000	www.nicecredit.com
서울신용평가정보(주)	1577-1006	www.sci.co.kr
코리아크레딧뷰로(주)	02-708-6000	www.koreacb.com

다. 고객불편사항 연락처

• 고객 신용정보의 제공·활용 중단 신청

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

본인정보 활용의 제한·중단을 원하시는 고객은 아래의 연락처로 신청하여 주시기 바랍니다.

· 전화번호 : 080-323-0100
· 홈페이지 : www.idongbu.com
· 우　편 : 서울특별시 강남구 테헤란로 432 (대치동, 동부금융센터)
　　동부화재해상보험(주)　소비자보호파트

※ 단, 신규거래 고객은 계약을 체결한 날로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

위의 신청과 관련한 불편과 애로가 있으신 경우에는 당사의 개인신용정보 고충처리담당자 또는 손해보험협회 및 금융감독원 정보보호담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

	당사 개인신용정보 고충처리담당자	손해보험협회 정보보호담당자	금융감독원 정보보호담당자
연락처	(02) 3011-4992	(02) 3702-8695	(02) 3145-7111
주　소	서울특별시 강남구 테헤란로 432 (대치동, 동부금융센터) 동부화재해상보험(주) 소비자보호파트	서울특별시 종로구 종로5길 68 (수송동, 코리안리빌딩) 6층, 손해보험협회 정보관리팀	서울 영등포구 여의도동27 금융감독원 신용정보업팀

가입자 유의사항

1. 보험계약관련

가. 보험계약관련 유의사항

• 보험계약 전 알릴의무 위반

_ 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

_ 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 말로써 알린 경우에는 보험금을 지급받지 못하는 등 불이익을 받을 수 있으므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.

_ 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 주의하셔야 합니다.

• 갱신/부활

_ 부활(효력회복)계약의 암보장 개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

_ 갱신계약의 보험료는 연령증가, 적용요율 변동(의료비 상승, 위험률 변동 등)에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.

나. 해지환급금에 관한 사항

보험계약을 중도 해지시 해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 적립금에서 이미 지출한 사업비해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

2. 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

가. 암 관련 담보

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

나. 특정질병 관련 담보

- 암, CI보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병에 대해서만 보험금을 지급합니다.

다. 간병 관련 담보

- '활동불능상태'란 보조기구를 사용하여도 이동, 식사, 목욕, 옷입기 등 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작들을 스스로 할 수 없는 상태가 90일 이상 계속되어 호전될 것을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
- '치매'는 약관에서 정한 일정정도 이상의 중증치매인 경우에 한하여 보험금이 지급됩니다.

라. CI 관련 담보

- CI보험은 전체 질병이 아닌 중대한 암 등 약관에서 정하는 특정한 질병만을 보험금 지급대상으로 하므로, 중대한 질병이 무엇인지를 반드시 확인하시기 바랍니다.

마. 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.
- 수술분류표를 사용하는 보험은 동 분류표에 기재되어 있는 수술만을 지급대상으로 합니다.

바. 입원 관련 담보

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

사. 상해 관련 담보

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

아. 실손의료비 관련 담보

- 이 특별약관은 발생 의료비 중 국민건강보험 급여의 본인부담금과 비급여를 보장해주는 보험이며, 약관상 보장제외 항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.

보험지식

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 계약의 의료비를 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 의료비보험금을 지급합니다.
- 실손의료비 특별약관의 보험기간은 1년만기로, 최초가입 후 보장내용 변경주기동안 자동갱신됩니다. 자동갱신종료 후에는 재가입을 통해 보장받을 수 있습니다.
- 갱신시 보험요율의 변동에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

자. 갱신형 특별약관 갱신에 관한 사항

- 갱신형 특별약관의 보험기간은 3년만기로, 최초가입 후 3년마다 갱신을 통해 만기시까지 보장받을 수 있습니다.
- 갱신시 보험요율의 변동에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 갱신형 특별약관의 보험료는 보통약관 보험료납입기간과 관계없이 보험기간동안 계속해서 납입하여야 합니다.
- 약관에 따라 보통약관의 보장보험료가 납입면제되는 경우에도 갱신형 특별약관의 보험료는 만기까지 계속 납입하여야 합니다.

차. 배상책임 관련 담보 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- 이 계약에서 담보하는 위험과 같은 위험을 담보하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다.

산식

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

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

주요내용 요약서

가. 자필서명

계약자와 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.

나. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날로부터 15일이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없으며. 청약을 한 날로부터 30일을 초과한 경우에도 청약을 철회할 수 없습니다. 이 경우 보험증권의 교부에 관하여 다툼이 있으면 보험회사가 이를 증명해야 합니다.

다. 계약취소

계약을 체결할 때 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 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 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 해당 보험약관에서 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 되돌려 드립니다.

라. 계약의 무효(신체 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 합니다.

_ 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
_ 만 15세 미만자, 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 그 계약을 유효한 것으로 봅니다.
_ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 위 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

마. 계약의 무효(재물 관련)

계약을 맺을 때 보험목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 회사는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

바. 계약의 소멸(신체 관련)

이 계약은 피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력을 가지지 않습니다.

사. 계약의 소멸(재물 관련)

_ 비례보상 : 보험금이 한 번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 합니다)의 80%를 넘을 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험목적에 대한 계약은 소멸됩니다.
_ 실손보상 : 보험금이 한 번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 합니다)을 넘을 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험목적에 대한 계약은 소멸됩니다.

아. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후 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 정

하여 계약자에게 안내하여 드리며, 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.

자. 해지 계약의 부활(효력회복)

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

차. 중도인출

중도인출이 가능한 상품의 경우, 계약자의 요청이 있는 때에는 중도인출금을 지급합니다. 중도인출금을 청구할 수 있는 시기, 횟수 및 금액은 상품마다 다를 수 있으니 해당 상품의 약관을 참조하시기 바랍니다.

카. 계약 전·후 알릴 의무

1) **계약 전 알릴의무** : 계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다).
2) **계약 후 알릴의무** : 계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
   - _ 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우
   - _ 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.

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

타. 보험금의 지급

1) 신체손해에 대한 보험금

회사는 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 위 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다.
만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

2) 재산손해에 대한 보험금

회사는 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나, 지급할 보험금 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

3) 배상책임에 대한 보험금

회사는 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나, 지급할 보험금 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

파. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한

금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.

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

보험금 청구시 준비하셔야 할 서류

1. 보험계약관련

※ 사고내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가 심사서류를 요구할 수 있습니다.

구분		필요서류	비고
공통		- 보험금청구서(개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 포함) - 청구인 신분증 사본 ※ 가족관계 확인이 필요한 경우(배우자, 자녀 등을 보장하는 상품, 수익자가 미성년자인 경우 등) - 가족관계증명서, 혼인관계증명서, 주민등록등본, 의료보험카드사본 등 ※ 대리인 청구시 - 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서 ※ 상해사고 청구시 - 사고 입증서류(별표 참조)	
입원	실손의료비	- 진단서 [단, 청구금액 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원 확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체가능]	- 병원
		- 진료비계산서(영수증) - 진료비세부(상세)내역서	
	입원일당	- 입퇴원확인서	- 병원
통원	외래의료비	10만원 초과 - 병원 영수증 - 진단명이 포함된 서류 (예시) 진단서·통원확인서·처방전·진료확인서· 소견서·진료차트 등	- 병원
		3만원 초과 10만원 이하 - 병원 영수증 - (질병분류코드가 기재된) 처방전 [단, 특정 진료과목(산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 등) 및 짧은 기간내 보험금 청구횟수가 과다한 경우 등 추가심사가 필요한 경우에는 별도의 추가증빙서류 제출이 필요할 수 있음]	
		3만원 이하 - 병원 영수증 [단, 특정 진료과목(산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 등) 및 짧은 기간내 보험금 청구횟수가 과다한 경우 등 추가심사가 필요한 경우에는 별도의 추가증빙서류 제출이 필요할 수 있음]	
	약제의료비	- 처방전 - 약제비계산서(영수증)	- 약국
골절		- 진단명이 포함된 서류 (예시) 진단서·처방전·진료확인서·소견서·진료차트 등	- 병원

구분		필요서류	비고
수술		- 진단명, 수술명, 수술일자가 포함된 서류 (예시) 수술확인서, 수술기록지, (진단명, 수술명, 수술일자가 포함된) 진단서 등	- 병원
진단	암	- 진단서 - 진단사실 확인서류 (예시) 조직검사결과지, MRI, CT판독결과지 등 ※ 단계별로 더 받는 암보험의 경우에는 병기분류가 별도로 표기된 진단서 제출	- 병원
진단	심질환	- 진단서 - 진단사실 확인서류 (예시) 관상동맥 조영술, 심전도, 심초음파 검사결과지, 심장효소 혈액검사결과지 등	- 병원
진단	뇌질환	- 진단서 - 진단사실 확인서류 (예시) 뇌혈관조영술검사결과지, MRI, CT판독결과지 등	- 병원
진단	기타	- 진단서 - 진단사실 확인서류	- 병원
장해		- 후유장해진단서 ※ 발급 전 보험회사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다. ※ (일반)진단서로 대체 가능한 장해 · 만성신부전 : 최초 혈액투석일, 환자상태 기재 · 사지절단 : 절단부위, 환자상태 기재, X-ray필름 첨부	- 병원
		· 인공관절치환술 : 수술명, 수술일자 기재 · 비장, 신장적출 : 비장, 신장적출 수술일 기재	
사망		- 사망진단서(시체검안서) 원본 또는 피보험자 기본증명서(사망사실 기재)가 첨부된 사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함) ※ 수익자 미지정시 - 상속관계 확인서류 (예시) 가족관계증명서, 혼인관계증명서, 기본증명서 등 ※ 1인의 상속인이 전액 수령을 원하는 경우 - 상속인 각각의 위임장 - 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)	- 병원 - 가족관계증명서는 사례별로 다르므로 사전 문의바랍니다.
태아	신생아 입원비	- 출생증명서 또는 가족관계증명서 - 진단서 [단, 청구금액 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원 확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체가능] - 입퇴원확인서(인큐베이터 사용시 해당기간 명시)* * 진단서에 입원기간(인큐베이터 사용기간)이 포함된 경우는 제외	- 병원
태아	유산/사산	- 진단서(유산), 사산증명서(사산)	- 병원
응급비용		- 119 또는 129 구급구조증명서	- 소방서/ 구급대

※ 진단서, 통원확인서, 처방전, 진료확인서, 소견서, 수술확인서, 진료차트 등에는 진단명이 기재되어 있어야 합니다.

〈별표〉 상해사고 입증서류 예시

구분	필요서류	비고
교통사고	- 공공기관(경찰서, 소방서 등), 손해보험사, 공제조합(버스, 화물, 택시 등) 사고사실확인서	- 공공기관 - 보험사/공제조합
산재사고	- 요양급여신청서 또는 보험급여지급확인원	- 근로복지공단
군복무중 사고	- 공무상병인증서	- 군부대
의료사고 등 법원분쟁	- 법원판결문	- 법원
기타 상해사고	- 공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서	- 공공기관
사고확인서류 발급불가시	- 병원초진차트 등 상해사고 증명서류 및 보험금 청구서상 사고내용 기재(6하원칙에 따라 상세기재)	- 병원

2. 자동차운행관련 사고

※ 사고내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가 심사서류를 요구할 수 있습니다.

구분	필요서류	비고
공통	- 보험금청구서(개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 포함) - 청구인 신분증 사본 - 사고입증서류 ※ 대리인 청구시 - 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서	
벌금	- 벌금영수증 - 법원 판결문 또는 약식 명령문	- 법원
자동차사고 변호사선임비용	- 판결문, 구속영장사본, 공소장, 공소사실확인원, 사건처분증명원, 재소·출소증명서 중 택일 - 선임한 변호사가 발행한 세금계산서	- 법원
면허정지 /취소	- 운전면허 정지처분 결정통지서(교육수료 후) 또는 면허정지 행정처분 확인서 - 운전면허 취소처분 결정통지서 또는 면허취소 확인원	- 경찰서
교통사고처리 지원금	- 형사합의서 또는 공탁서 사본 - 피해자에게 형사합의금 입금된 내역 확인서류 - 피해자 진단서 또는 사망진단서(시체검안서) - 공소장(검찰에 의해 기소시)	- 법원 - 병원
자동차보험 할증지원금	- 자동차보험 보험금지급결의서	- 보험사

구분	필요서류	비고
자동차 부상치료비	- 치료비 지급결의서 - 진단서	- 보험사 - 병원
자동차사고 성형수술비	- 진단서 또는 소견서(진단명, 성형수술 부위와 크기, 수술내용 포함)	- 병원

3. 치아건강보험

※ 사고내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가 심사서류를 요구할 수 있습니다.

구분	필요서류	비고
공통	- 보험금청구서(개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 포함) - 청구인 신분증 사본 ※ 대리인 청구시 - 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서	
영구치 발거치료비	- 치과치료 진료확인서(아래 내용 반드시 포함) · 발거한 영구치의 위치 또는 치아번호 · 해당 영구치의 내원 당시의 치아상태 · 직접적인 영구치 발거원인 · 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수 - 치과진료기록 사본 - 치료 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료	- 병원
영구치 보존치료비	- 치과치료 진료확인서(아래 내용 반드시 포함) · 치료한 치아의 위치 또는 치아번호 · 해당 치아의 내원 당시의 상태 · 직접적인 치아치료원인 · 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수 - 치과진료기록 사본 - 치료 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료	- 병원
영구치 보철치료비	- 치과치료 진단서(아래 내용 반드시 포함) · 발거한 영구치의 위치 또는 치아번호 · 해당 영구치의 내원 당시의 치아상태 · 직접적인 영구치 발거원인 · 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수 - 치과진료기록 사본 - 치료 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료	- 병원

4. 소득보장보험

※ 사고내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가 심사서류를 요구할 수 있습니다.

구분	필요서류	비고
공통	- 보험금청구서(개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 포함) - 청구인 신분증 사본 ※ 대리인 청구시 - 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서	
상해·질병 구직급여 지원금	- 고용보험수급자격증 - 실업급여지급결정통지서(직업안정기관의 長 발행) - 병가신청서 - 의사소견서(상해, 질병으로 인하여 고용업체에서의 업무수행이 더 이상 불가능하다는 소견서)	
구직급여일당/장기구직급여 지원금	- 고용보험수급자격증 - 실업급여지급결정통지서(직업안정기관의 長 발행)	

5. 재물 • 배상책임 보험

가. 재물보험

※ 사고에 따라 담당자가 추가서류 또는 원본서류를 요구할 수 있습니다.

구분	필요서류
공통	- 화재증명원(화재사고인 경우) - 도난신고접수확인원(도난사고인 경우) - 사고증명서(기타 사고) - 보험금청구서(개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 포함) - 청구인 신분증(사업자등록증) 사본 ※ 대리인 청구시 - 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서
건물	- 건물등기부등본(등기소) - 건축물관리대장 - 수리비 견적서, 영수증 - 임대차계약서 사본
기계비품	- 기계기구 명세서 - 구입영수증 - 신품가격 견적서 - 수리비 견적서, 영수증 - 감정평가서 - 리스계약서(리스물건)
동산	- 재고 및 손해명세서 - 재고장부 - 원가계산서 - 거래명세서 - 임가공계약서, 작업지시서 - 수불대장

구분	필요서류
가재도구	- 가재도구명세서(구입연월일 명기) - 신품가격 견적서(구입처) - 수리비 견적서, 영수증

나. 배상책임보험

※ 사고에 따라 담당자가 추가서류 또는 원본서류를 요구할 수 있습니다.

구분	필요서류
피보험자(고객)가 준비하는 서류	- 피보험자의 사업자등록증 사본 - 사고경위서(6하 원칙에 의거하여 작성) - 사고현장의 사진 - 사고보증서(교통사고사실확인원 등) - 합의서, 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) - 보험금 청구서(송금요청서)
손해액을 평가하는 서류	- 손해품목 명세서 - 견적서, 영수증(세금계산서) - 피해품 사진 - 차량등록증 사본 - 치료비 영수증 - 의사의 진단서(소견서) - 후유장해진단서(후유장해가 있는 경우) - 근로계약서, 재직증명서 - 임금대장, 소득세 납세증명 - 사망진단서 또는 사체검안서(사망한 경우)
피해자의 신분을 확인하는 서류	- 피해자의 신분증(사업자등록증) 사본 - 건물등기부등본(피해목적물이 건물인 경우) - 차량등록증 사본(피해목적물이 차량인 경우) - 건설기계등록증 사본(피해목적물이 중기인 경우)

6. 홀인원비용, 알바트로스비용 보험

※ 사고에 따라 담당자가 추가서류 또는 원본서류를 요구할 수 있습니다.

구분	필요서류
피보험자(고객)의 신분을 확인하는 서류	- 보험금청구서(개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 포함) - 청구인 신분증 사본
피보험자(고객)가 준비하는 서류	- 보험금 청구서(송금요청서) - 사고경위서(6하 원칙에 의거하여 작성) - 스코어 카드 - 동반자 확인서(홀인원/알바트로스 증명서) (동반 경기자, 동반 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공동서명·날인이 있어야 함) - 기념품 구입비용, 축하 만찬 비용, 축하 라운드 등 비용 지출 명세서(선불카드, 상품권 등의 물품전표 제외)

7. 당부의 말씀

- 경우에 따라 위 서류들은 다른 서류로 대체될 수 있습니다. 반드시 담당자와 필요 서류에 대하여 상의하시기 바랍니다.
- 기타 추가서류가 발생할 수 있으니 자세한 사항은 계약·보상상담 1588-0100으로 문의바랍니다.

프로미라이프 용어사전

계약자

보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

계약전 알릴 의무

고지의무라고도 한다. 보험계약자 또는 피보험자는 계약체결시에 보험자에 대해서 고지사항을 부실하게 알려서는 안될 의무를 지는데 이것을 계약전 알릴 의무라 한다. 보험계약자가 이를 위반했을 때에는 보험자는 일정한 요건 아래 계약을 해지할 수 있게 되어 있다. 그러나 회사가 계약당시에 그 사실을 알고 있었거나 중대한 과실로 인하여 알지 못했을 경우에는 계약을 해지할 수 없으며, 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 경과하였거나 보험계약자의 책임개시 이후 2년이 경과(건강진단을 받은 경우는 1년 경과, 상법에서는 3년)된 경우에는 계약을 해지할 수 없다. 또한 계약전 알릴 의무 위반의 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급해야 한다.

계약후 알릴 의무

보험계약자 또는 피보험자가 보험계약 체결 후 위험이 증가된 사실을 보험회사에 통지하여야 하는 법률상 의무이다. 우리 상법 제652조와 제653조에서는 보험기간 중에 보험계약자나 피보험자가 사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 경우 지체 없이 보험회사에 통지하도록 정하고 있고 통지를 받은 보험회사는 1월내에 보험료의 증액을 청구하거나 보험계약을 해지할 수 있도록 정하고 있다. 현행 손해보험표준약관에서는 보험계약자 또는 피보험자가 직업 또는 직무를 변경하는 등 위험의 변경사항 발생시 보험회사에 통지하도록 하고 있고 해당 변경내용에 따라 보험료가 증액 또는 감액될 수 있도록 정하고 있다. 또한 동 의무를 이행하지 않을 경우 보험회사는 변경 전 보험요율의 변경 후 보험요율에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급할 수 있다. 이는 계약전 알릴의무(고지의무)와는 달리 보험계약 안에서 인정되는 의무이다.

만기환급금

장기의 적립형보험에 있어서 보험기간이 만료될 때까지 일정규모 이상의 사고가 없는 경우 납입보험료중 일정률의 금액을 보험계약자에게 환급하는 제도이다. 환급금은 납입한 보험료에 포함된 적립보험료를 운용한 예정이자와 원리금의 합계액에 상당한다.

미경과보험료 [Unearned Premium]

미경과보험료는 보험자가 보험계약자로부터 받은 영업보험료 중에서 아직 당해 보험료기간이 경과하지 않은 보험료를 말한다. 가령 보험자가 1년치 보험료를 받은 후 6개월이 경과했다면, 받은 보험료의 1/2은 나머지 6개월(미경과기간)에 대응하는 것으로 미경과보험료라 한다. 미경과보험료는 보험자가 향후 제공할 보장서비스에 대응하여 미리 수취한 금액에 해당되므로 보험회사의 입장에서는 부채로 계상된다. 즉 보험자는 연1회의 결산시에 그 연도중에 수입보험료의 전부를 이익으로 간주할 수 없으며 기 수취한 보험료 가운데 차기로 이월하는 미경과분을 미경과보험료준비금의 과목으로 계상하게 된다.

보험가액과 보험금액

보험가액이란 보험사고가 발생하였을 경우에 보험목적에 발생할 수 있는 손해액의 최고한도액을 말하며 손해보험에만 존재하는 개념이다. 보험금액이란 보험자와 보험계약자간의 합의에 의하여 약정한 금액이며 보험사고가 발생하였을 경우에 보험자가 지급할 금액의 최고한도를 말한다. 이같이 보험금액을 정하는 이유는 계약체결시에 보험자의 보상한도를 명확히 함으로서 합리적이고 정확한 보험료율을 산출하기 위함이다. 보험가액의 경우 때와 장소에 따라 변동 할 가능성이 있고, 책임보험이나 인보험 등은 평가자체가 불가능하기 때문에 보험금액을 기준으로 하여 보험자의 보상한도를 구체화 하는 것이 바람직하다고 볼 수 있다.
보험금액은 보험가액의 범위 내에서 정해져야 하며 보험가액을 초과하였을 경우에 그 초과한 금액에 대해서는 보험자가 보상하지 않는다.

보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

보험계약대출 [Policy Loan]

보험계약대출은 보험계약의 해약환급금의 범위 내에서 대출하는 계약이다. 보험기간 중 사정변경으로 보험료 지급의 계속이 곤란하거나 일시적으로 금전이 필요한 경우, 보험계약해지 대신 보험계약 해지시 지급하여야 할 범위 내에서 보험계약자에게 대출을 함으로써 보험계약을 유지하게 하는 장점이 있다. 보험계약자는 보험계약대출의 원리금을 언제든지 상환할 수 있으며, 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금에서 상계할 수 있다. 다만 보험계약자의 보험료 미납으로 인하여 보험계약이 해지되는 경우 보험회사는 즉시 해약환급금과 보험계약대출 원리금을 상계할 수 있다.

보험계약일

계약자가 보험회사와 보험계약을 체결한 날, 철회 산정기간의 기준일

보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

보험금

피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

보험료 [Premium]

보험계약에서는 계약의 한쪽 당사자인 보험자가 위험부담이라는 급부를 제공하는 데 대응해서, 다른 쪽의 당사자인 보험계약자는 보험자에게 그에 대한 보수를 지급한다. 이 보수를 보험료라고 하는 것이다. 보험료의 액수는 통상 보험금액에 따라, 그리고 보험사고 발생의 개연성을 고려하여 결정된다.

1) 보장보험료 : 약관에서 정한 「보험금의 지급사유」의 보험금을 지급하는데 필요한 보험료
2) 적립보험료 : 보험회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
3) 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 사업비를 공제한 후의 금액

보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람(신체 및 비용관련 손해에 한하며, 재산손해 및 배상책임관련 손해는 제외) 또는 만기환급금 지급시기에 만기환급금의 청구를 할 수 있는 사람

보험안내자료 [Insurance Guide Materials]

보험상품의 모집을 위하여 사용하는 자료로서 보험회사 또는 보험모집을 하는 자의 명칭, 보험금 지급제한 조건에 관한 사항, 해약환급금에 관한 사항, 기타 보험가입에 따른 권리·의무에 관한 주요사항을 기재한 것을 말한다. '보험안내자료'에 보험회사의 자산과 부채에 관한 사항을 기재하는 경우에는 감독당국에 제출한 사항과 다른 내용을 기재하여서는 아니되며, 보험계약자의 이해를 돕기 위하여 금융위원회가 정한 경우 외에는 보험회사의 장래의 이익의 배당 등 예상에 관한 사항을 기재할 수 없다.

보험약관

보험계약에 관하여 계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

보장개시일

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 계약자에게 교부하는 증서

부담보기간

부담보(특별조건부 인수특약)기간이란 보험사에서 표준미달체의 보험계약시 질병이나 장해 등으로 인하여 가입이 제한되는 피보험자의 계약을 조건부로 승낙하는 경우, 혹은 도덕적 해이 등에 의한 보험사기가 우려되는 경우 계약일로부터 일정기간 이내에

발생되는 보험사고에 대하여는 보상하지 않는 것을 말한다. 이는 일반적으로 보험계약 청약시 피보험자가 병력에 대해 보험회사에 고지하고, 보험회사에서는 해당 질병 및 부위에 대해 보장을 하지 않는 것으로 계약을 인수할 때 발생한다. 부담보기간은 피보험자의 과거 병력, 치료기간, 치료부위 등에 따라 상이하며, 경우에 따라서는 보험기간 전기간에 걸쳐 부담보하는 조건으로 인수를 하기도 한다. 암보험에서 계약체결 이후 90일간 암 담보를 하지 않는 것은 대표적인 부담보 사례라 할 수 있다.

자동갱신제도

보험계약기간의 만료시점에 보험계약자가 보험계약을 갱신하고 싶지 않다는 명시적인 의사표시가 없는 경우에 자동으로 동일한 계약내용을 동일 기간동안 연장하는 제도이다. 계약자가 갱신 내용을 정확히 기억하고 있지 못할 경우에 대비하거나, 보험료 수준 변동내역 등을 보험계약자에게 알려주기 위하여 보험회사는 보험계약 만료 전에 계약 만료시점과 보험료 변동내역을 유선 혹은 문서로 보험계약자에게 알려야 한다. 동 사항을 안내받은 보험계약자가 갱신거절을 보험회사에 통보할 경우 보험계약은 갱신되지 않으며, 총 보험금 지급금액 등 보험회사가 정한 일정한 조건에 부합될 경우 보험회사가 자동갱신을 거절할 수도 있다. 자동갱신제도의 적용은 1년 만기 일반보험 상품이나 장기보험 의료비 특약 등에서 이루어진다.

책임준비금 [Policy Reserve]

책임준비금은 보험회사가 보험계약자에게 보험금이나 환급금 등 약정한 사항을 이행하기 위해 적립하는 부채로서 보험료 중 예정기초율에 따라 비용(예정사업비, 위험보험료)을 지출하고 계약자에 대한 채무(사망보험금, 중도급부금, 만기보험금 등)를 이행하기 위해 적립하는 금액을 말한다. 책임준비금은 보험계약자를 보호하기 위하여 감독당국이 법규에 의해 적립을 강제한 법정준비금이며 보험료적립금, 미경과보험료적립금, 지급준비금, 계약자배당준비금, 계약자이익배당준비금으로 구성된다. 이중 보험료적립금이 책임준비금의 대부분을 차지한다. 보험료적립금이란 대차대조표일 현재 유지되고 있는 보험계약에 대하여 장래의 보험금 등의 지급을 위해 보험업감독규정에 따라 적립한 금액을 말한다.

타인을 위한 보험계약

보험계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말한다. 타인을 위한 보험계약은 그 계약의 당사자가 아닌 피보험자 또는 보험수익자 또한 보험계약상의 이익을 받고 일정한 의무를 지게 된다. 따라서 피보험자나 보험수익자는 일정한 의사표시를 하지 아니하여도 당연히 그 계약의 이익을 받으므로 보험사고가 발생하면 직접 보험자에게 보험금을 청구할 수 있다. 이들은 보험계약 당사자가 아니므로 보험료의 납입의무가 없으나, 다만 보험계약자가 파산선고를 받거나 보험료의 납입을 지체한 경우에는 그 권리를 포기하지 않는 한 보험료를 납입하여야 한다. 보험자와 보험계약자 사이에 동 보험계약을 체결할 때에는 타인을 위한 보험계약이라는 명백한 의사표시가 있어야 하며, 보험계약자는 타인의 동의를 받지 않고서도 보험계약을 체결할 수 있다. 다만, 손해보험계약의 경우 피보험자는 보험목적에 대한 피보험이익을 향유한 자이어야 한다.

피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람 (재산손해 및 배상책임관련 손해의 경우에는 사고의 발생으로 손해를 입을 수 있는 사람으로 해당 보험금의 청구를 할 수 있는 사람)

해지환급금

보험계약의 효력상실, 해약 및 해제 등의 경우에 계약자에게 환급되는 금액을 말한다. 해지환급금은 책임준비금에서 해약공제를 하고 남은 금액으로 계산되는데, 국내에서는 해약시점 계약의 책임준비금에서 미상각된 신계약비를 공제하여 계산한다. 해약환급금이 발생하게 되는 원인은 두 가지에 기인하게 되는데 첫째는 보험계약자가 납입하는 보험료 중 저축보험료 부분에 의해 발생되며, 둘째는 평준보험료방식 때문에 발생된다. 평준보험료방식에서는 계약초기에 피보험자의 위험수준에 비해 다소 높은 보험료를 내게 되는데, 이 부분이 적립되어 향후에 위험수준에 비해 낮은 보험료를 내게 되는 시기에 사용된다.

휴면보험금

보험계약이 실효되거나 만기되어 보험금이나 환급금 등이 발생하였음에도, 보험계약자가 이를 3년 동안 찾아가지 않아 소멸시효가 완성되어 보험회사에서 보관하고 있는 것을 의미한다. 보험계약이 실효된 뒤 3년이 경과된 계약의 환급금, 만기가 지난 뒤에도 찾아가지 않은 만기 보험금 등이 여기에 해당한다. 휴면보험금은 청구권이 소멸된 금액으로서 상법상으로는 보험회사에 귀속되나, 당연히 보험계약자에게 돌아가야 할 돈이기 때문에 휴면보험금이 확인될 경우 보험회사는 계약자에게 환급하고 있다. 이를 위해 보험계약자 등이 자신의 휴면보험금을 확인할 수 있도록 ·휴면계좌통

합조회시스템·을 설치·운영('06.4월)하고 있으며, 최근에는 보험계약자가 생·손보협회 홈페이지를 통해 휴면보험금을 포함한 全보험회사의 보험가입 내역을 조회할 수 있도록 제도를 개선('10.7월)하였다. 한편, 보험회사는 휴면보험금을 휴면예금관리재단(미소금융재단, 「휴면예금관리재단의 설립 등에 관한 법률」시행('08.2.4))에 출연하고 동 재단에서 휴면보험금 관리·환급업무를 담당하고 있다.

프로미라이프 지식백과

아래의 내용은 금융감독원에서 발간한 「보험상품 현명하게 가입하기」핸드북 내용을 요약한 자료로서 보다 자세한 내용은 금융감독원 홈페이지를 참고하시기 바랍니다.

1 보험상품 내용에 대해 꼼꼼하게 설명듣기

1. 반드시 설명을 들어야 할 사항

보험계약 체결시 보험회사 또는 보험모집인은 보험계약자에게 계약의 중요한 내용을 일반보험계약자가 이해할 수 있도록 설명하여야 합니다.(상법 제638조의3, 보험업법 제95조의 2)

'중요한 내용'이란 보험료와 보장범위, 보험금 지급사유 및 지급제한 사유 등 고객의 이해관계에 중대한 영향을 미치는 사항으로서 사회 통념상 그 사항을 알았더라면 계약을 체결하지 않았을 것으로 해석되는 사유를 말합니다.

2. 설명의무 위반의 입증책임 및 효과

보험약관의 교부와 중요한 내용을 설명했다는 증명은 보험회사가 해야 합니다. 또한 보험계약자나 대리인이 약관의 내용을 이미 잘 알고 있는 등의 사유로 설명의무가 면제될 경우, 그 사실에 대한 입증책임도 보험회사가 부담합니다.

보험회사가 약관 교부·설명의무를 위반한 경우 해당 약관 조항을 보험계약 내용으로 주장할 수 없으며(약관규제법 제3조), 상법상 보험계약자는 계약성립일로부터 1개월 이내에 그 계약을 취소할 수 있으나(상법 제638조의3 제2항), 보험약관에서는 계약자의 이익을 위하여 통상 청약일로부터 3개월 이내에 그 계약을 취소할 수 있도록 정하고 있습니다.

2 계약전 알릴 의무(고지의무) 이행하기

1. 고지의무의 내용

보험은 신의성실의 원칙상, 보험가입자에 대하여도 일정한 의무를 인정하고 있습니다. 대표적인 것이 "계약 전 알릴의무(고지의무)"로서, 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 체결함에 있어서 보험회사에 대하여 '중요한 사항'을 알려야 할 의무가 있습니다.

2. 고지의무 이행 방법

'중요한 사항'의 내용은 대부분 보험사가 동일하며, 주로 현재 및 과거의 질병이나 장애, 직업 등에 대한 사항으로서, 보험회사가 보험사고 발생 개연성을 측정하여 보험계약 체결여부와 보험료 등을 정하기 위한 사항입니다. 상법은 청약서에 기재된 사항을 중요한 사항으로 보고 있습니다.

특히 "최근 5년 이내의 진단·치료"에 대한 부분은 가장 많은 다툼의 여지가 되는 항목이므로, 청약서에 있는 (병력사항)질문표에 기재함으로써 알릴의무를 이행하여야 합니다.

또 한가지 주의할 점은 고지의 상대방은 보험회사 등 고지수령권이 있는 자라야 한다는 점입니다. 따라서 보험회사나 체약대리점은 고지수령권이 있지만, 보험설계사에게 알리는 것은 인정되지 않으므로 주의를 요합니다. 따라서 청약서에 서면으로 기재하여 보험회사에 대하여 고지가 이루어지도록 해야겠습니다.

3. 고지의무 위반시 불이익

고지의무를 이행하지 않을 경우, 보험사는 그 위반을 알게 된 날로부터 1개월, 계약을 체결한 날로부터 3년 내에 계약을 해지할 수 있습니다.(상법 제651조) 보험약관에는 고지의무위반 사실을 안날부터 1개월, 보험금지급사유가 발생하지 않고 2년이 지난 경우 해지할 수 없다고 규정하여 보험회사의 권리행사기간을 더욱 제한하고 있습니다.

3 청약철회제도

1. 청약철회의 개념 및 대상

보험을 계약한 뒤 단순히 마음에 들지 않거나 변심에 의한 경우도 일정한 기간 내에는 위약금이나 손해 없이 그 계약을 철회할 수 있습니다. 이는 장기 상품인 보험의 특성을 고려하여 그 가입여부를 다시 한 번 신중히 재고할 기회를 부여하는 것입니다.

청약철회가 가능한 보험종목은 생명보험 및 손해보험 중 가입기간 1년 이상 가계성 보험(개인의 일상생활과 관련된 보험)으로, 자동차보험·화재보험·배상책임보험 등은 제외됩니다.

2. 청약철회 방법 및 효과

보험계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일(전화, 온라인 등 비대면 거래시 30일) 이내에 그 청약을 철회 할 수 있습니다. 회사로 직접 방문하거나 전화, 우편, 컴퓨터 통신 등 통신수단을 이용한 청약 철회도 가능합니다.

보험회사는 청약의 철회를 접수한 경우 3일 이내에 기납입 보험료를 반환하며, 보험료 반환이 지체된 경우 일정한 이자(보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산)를 더하여 지급합니다.

4 계약취소와 품질보증제도

1. 계약취소의 개념과 요건

보험 계약취소 제도는 보험 품질보증제도라고도 하며, 청약철회와 달리 일정한 사유에 해당하는 경우 청약일로부터 3개월 내에 보험계약을 취소할 수 있는 제도입니다.

일정한 사유라 함은 ①보험회사가 약관 및 청약서 부본을 주지 않거나, ②약관의 주요내용을 설명하지 않은 때, 또는 ③계약자가 계약 체결시 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때를 의미하며, 이를 '3대 기본지키기'라고도 합니다.

'3대 기본지키기'를 위반한 계약에 대하여는 청약일로부터 3개월 이내에 계약취소가 가능합니다. 보험계약자는 취소사유와 내용을 기재한 계약취소 청구서를 작성하여 내용증명 우편으로 발송하거나 회사로 직접 방문하여 접수하면 됩니다.

2. 계약취소의 효과

보험 계약취소 요청이 접수된 경우 보험회사는 보험계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려주어야 하며, 보험료를 받은 기간에 보험계약대출 이율을 연단위로 계산한 금액을 더해 지급해야 합니다.

보통약관

어려운 용어는 프로미라이프 용어사전 참고 ····· 27
인용 법규는 약관에서 인용한 법규 참고 ····· 563

제1관 목적 및 용어의 정의

1. (목적)

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병이나 상해 등에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

2. (용어의 정의)

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

1 계약관계 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
장해	【별표1】 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

3. (보험금의 지급사유)

3-1. (보험금의 지급사유(상해사망·80%이상후유장해))

회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 이 계약에서 정한 바에 따라 보험금을 지급합니다.

① 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 상해사망·80%이상후유장해 담보의 가입금액을 상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】장해분류표 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 상해사망·80%이상후유장해 담보의 가입금액을 상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

3-2. (보험금의 지급사유(상해후유장해(3~100%))

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】장해분류표 참조)에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때 장해분류표에서 정한 지급률을 상해후유장해(3~100%) 담보의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 상해후유장해(3~100%)보험금으로 지급합니다.

4. (보험금 지급에 관한 세부규정)

4-1. (보험금 지급에 관한 세부규정(상해사망·80%이상후유장해)

1 3-1.(보험금의 지급사유(상해사망·80%이상후유장해)) ①의 '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 3-1.(보험금의 지급사유(상해사망·80%이상후유장해)) ②에서 장해지급률이 상해발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】장해분류표 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

4 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 상해80%이상후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

5 보험수익자와 회사가 3-1.(보험금의 지급사유(상해사망·80%이상후유장해))의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

6 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 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 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 상해80%이상후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 상해80%이상후유장해보험금에서 이미 지급받은 상해80%이상후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

8 이미 이 계약에서 상해80%이상후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 상해80%이상후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 7에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 상해80%이상후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 상해80%이상후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

4-2. (보험금 지급에 관한 세부규정(상해후유장해(3~100%))

1 3-2. (보험금의 지급사유(상해후유장해(3~100%))에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】장해분류표 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

3 장해 분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해 분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해 분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 3-2. (보험금의 지급사유(상해후유장해(3~100%))의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

7 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 6에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 상해후유장해(3~100%)보험금은 상해후유장해(3~100%) 담보의 보험가입금액을 한도로 합니다.

5. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 26-1.(보험료 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제도 적용하지 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 3-1.(보험금의 지급사유(상해사망·80%이상후유장해)) 및 3-2. (보험금의 지급사유(상해후유장해(3~100%))의 상해관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않으며, 26-1.(보험료 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제도 적용하지 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, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

6. (보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 3-1.(보험금의 지급사유(상해사망·80%이상후유장해)) 및 3-2. (보험금의 지급사유(상해후유장해(3~100%))에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

7. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

8. (보험금의 지급절차)

1 회사는 7.(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 위 1의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 7.(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 아래 6에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
⑥ 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

3 위 2에 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 위 2에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

5 회사는 위 1의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(위 2에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표63】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

6 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 16.(알릴 의무 위반의 효과) 및 위 2의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

7 회사는 위 6의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

9. (적립환급금의 지급)

1 회사는 계약자가 보험료를 완납하고 계약자가 지정한 적립환급금의 지급시기가 도래한 때에는 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 이 계약의 공시이율로 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 적립한 금액을 적립환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 그러나, 기인출된 중도인출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계액을 빼고 지급합니다.

2 위 1의 공시이율이 보험기간 중에 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 35.(공시이율의 적용 및 공시)에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리 1.0%로 합니다.

3 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 위 1에 의한 적립환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

4 회사는 위 1에 의한 적립환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 적립환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표63】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산' 에 따릅니다.

용어 풀이

공시이율

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

최저보증이율

운용자산이익률 및 외부지표금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 적립되며 공시이율이 0.5%인 경우(최저보증이율은 1.0%일 경우), 적립금은 공시이율(0.5%)이 아닌 최저보증이율(1.0%)로 적립됩니다.

9-1. (적립환급금의 지급시기 지정 및 변경)

1 계약자는 이 계약의 보험기간에도 불구하고 보통약관 9.(적립환급금의 지급)에서 정한 적립환급금의 지급시기를 이 계약의 사업방법서에서 정한 바에 따라 계약을 체결할 때 지정할 수 있습니다.

2 계약자는 위 1에 따라 계약 체결시에 지정한 적립환급금의 지급시기가 도래하기 이전에 적립환급금의 지급시기를 이 계약의 사업방법서에서 정한 바에 따라 회사에 변경요청할 수 있습니다.

3 적립환급금의 지급시기는 아래의 두가지 조건을 모두 충족한 기간내에서 지정할 수 있습니다.

① 적립환급금의 지급시기는 보통약관 보험료 납입기간 종료 시점과 같거나 이후이어야 합니다.

② 적립환급금의 지급시기는 보통약관 보장부분(손해의 보장을 내용으로 한 보통약관, 이하 같습니다.)의 보험기간 종료시점과 같거나 이전이어야 합니다.

보험 지식

적립환급금의 지급시기 지정 관련 예시

1. 계약 체결시 적립환급금의 지급시기를 이 계약의 보험기간(보통약관 보험기간)과 별도로 지정할 수 있습니다.
   (예시) 보험기간 100세, 적립환급금 지급시기 80세 형태로 가입가능 (단, 보험료 납입기간 종료 시점이 80세 또는 80세 이내인 경우에 한합니다.)
2. 적립환급금의 지급시기는 보험료 납입기간 종료 시점과 같거나 이후이어야 합니다.
   (예시) 계약 체결 당시 40세 기준으로 보험료 납입기간 20년 설정시 적립환급금 지급시점은 보험기간 내의 60세 이후로 지정 가능 (지급시점을 60세 이내로 지정 불가)
3. 적립환급금의 지급시기는 이 계약의 보험기간 종료 시점과 같거나 이전이어야 합니다.
   (예시) 보험기간을 100세로 가입시 보험료 납입기간 종료일로부터 최고 100세까지 지정 가능 (지급시점을 100세 이후로 지정 불가)

10. (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 위 ①에 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.

용어 풀이

평균공시이율

전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

11. (주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 위 ①에서 정한 대로 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.

12. (보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 9.(적립환급금의 지급)의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 그 밖의 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.

13. (대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

14. (계약 전 알릴 의무)

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

인용 문구

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

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

상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

예시

보험청약시 보험회사의 요구에 의하여 보험계약자가 작성하는 질문표에 기재된 질문사항은 다른 특별한 사정이 없는 한 보험계약에 있어서의 중요한 사항에 해당된다고 볼 수 있으므로 질문표에 사실과 다르게 기재하였다면 보험자는 고지의무위반을 이유로 보험계약을 해지할 수 있습니다.

15. (계약 후 알릴 의무)

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

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

용어 풀이

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

3 위 1의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경 전 요율"이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경 후 요율" 이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

4 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않은 경우 변경 후 요율이 변경 전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 위 3에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

5 회사는 위 1에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 차이로 계약자가 추가납입하여야할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

16. (알릴 의무 위반의 효과)

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

① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 14.(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 15.(계약 후 알릴 의무) 1에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

2 위 1.①의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 최초계약당시에 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 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.)

⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 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 위 1에 따라 계약을 해지하였을 때에는 34.(해지환급금) 1에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 위 1.①에 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 위 1.②에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 15.(계약 후 알릴 의무) 3 또는 4에 따라 보험금을 지급합니다.

6 위 1에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 위 4 및 5에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

8 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 위 2의 최초계약으로 봅니다. 다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

17. (사기에 의한 계약)

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

제4관 보험계약의 성립과 유지

18. (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.

용어 풀이

평균공시이율

전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

19. (청약의 철회)

1 계약자는 보험증권을 받은 날로부터 15일이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

용어 풀이

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 위 1에도 불구하고, 청약한 날로부터 30일을 초과한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 위 1의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.

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

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

6 위 1에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

용어 풀이

보험계약대출이율

해당 보험상품의 약관에 따라 계약자가 대출을 받을 경우, 회사가 정하는 대출이율이며, 보험계약대출이율이 변경되는 경우, 변경된 시점부터 변경된 이율을 적용합니다.

20. (약관교부 및 설명의무 등)

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

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

② 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

보험 지식

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

용어 풀이

통신판매계약

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

2 회사가 위 1에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 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.

인용문구

전자서명법 제2조(정의)

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

3 위 2에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 1의 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 위 2에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

21. (계약의 무효)

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

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 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 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 그 계약을 유효한 것으로 봅니다.

보험지식

2015년 3월 11일 이전 계약으로 심신박약자의 사망을 보장하는 계약은 상법 제732조에 따라 무효가 됩니다. 그러나 2015년 3월 12일 이후 계약은, 2015년 3월 12일부터 시행되는 상법 제732조의 개정 규정이 적용되므로, 심신박약자의 사망을 보장하는 계약이라도 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 유효한 계약이 됩니다.

③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 위 ②의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

22. (계약내용의 변경 등)

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

① 보험종목
② 보험기간
③ 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간

④ 계약자, 피보험자
⑤ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

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

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

4 회사는 계약자가 위 1.⑤의 규정에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 34.(해지환급금) 1에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 계약자가 위 2의 규정에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

6 회사는 위 1에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명합니다.

7 위 1에 따라 계약의 위험이 증가하거나 감소하는 등 계약내용이 변경되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약의 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

8 위 1의 규정에 따라 보험료를 감액하는 등 계약내용이 변경되는 경우 만기(해지)환급금이 없거나 최초 가입시 안내한 만기(해지)환급금 보다 적어질 수 있습니다.

23. (보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 21.(계약의 무효) ②의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

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

보험 지식

보험나이 계산 예시

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2014년 4월 13일
⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

24. (계약의 소멸)

1 회사가 3-1.(보험금의 지급사유(상해사망·80%이상후유장해)) ①의 상해사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 3-1.(보험금의 지급사유(상해사망·80%이상후유장해))의 해지환급금을 지급하지 않습니다. 다만, "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 3-2.(보험금의 지급사유(상해후유장해(3~100%)))의 책임준비금 및 적립부분의 책임준비금을 지급합니다.

용어 풀이

책임준비금

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

3 3-1.(보험금의 지급사유(상해사망·80%이상후유장해)) ①에서 보장하는 사유 이외의 원인으로 피보험자가 사망하였을 경우 이 계약은 소멸되며, 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

4 위 1 내지 3에 따라 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 회사는 8.(보험금의 지급절차)에 따라 책임준비금을 보험계약자에게 지급하여 드립니다. 이 때, 8.(보험금의 지급절차)에 따른 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '【별표63】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'을 따릅니다.

5 위 1 내지 3에도 불구하고 다음의 두가지 사유에 모두 해당하는 경우에는 32.(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.
① 피보험자의 사망을 보험금 지급 사유로 하는 경우
② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 피보험자가 사망한 경우

제5관 보험료의 납입

25. (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 위 1의 보험료는 3-1.(보험금의 지급사유(상해사망·80%이상후유장해)) 및 3-2.(보험금의 지급사유(상해후유장해(3~100%))의 손해를 보장하는데 필요한 보험료(이하"보장보험료"라 합니다)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하 "적립보험료"라 합니다)로 구성됩니다.(이하 보장보험료와 적립보험료를 합하여 "보험료"라 합니다)

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

보험 지식

보장개시일

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

4 회사는 위 3에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

① 14.(계약 전 알릴 의무)의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 16.(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생할 때 까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

26. (제2회 이후 보험료의 납입)

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

용어 풀이

납입기일

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

26-1. (보험료 납입면제)

1 회사는 보험료 납입기간중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제합니다.

① 보험료 납입기간중 상해로 「장해분류표」(【별표 1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때

② 보험료 납입기간중에 진단확정된 질병으로「장해분류표」(【별표 1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때

2 회사는 위 1에 따라 피보험자의 보장보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.

3 위 1에도 불구하고 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 사유로 위 1.①및 ②에서 정한 장해상태가 된 경우에는 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

4 위 1.① 및 ②에서 정한 장해상태에 대한 판정기준은 [제3장 질병 및 상해 관련 특별약관, 1. 상해·질병80%이상후유장해 특별약관] 2.(보험금 지급에 관한 세부규정)을 따릅니다.

27. (보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 28.(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 37.(보험계약대출) 1에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

2 위 1의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산합니다)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 위 1 및 2에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 1에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 34.(해지환급금) 1에 따른 해지환급금을 지급합니다.

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

28. (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

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

① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 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 위 1에 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 해당 전자문서에 대하여 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 위 1에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

인용문구

전자서명법 제2조(정의)

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

3 위 1에 따라 계약이 해지된 경우에는 34.(해지환급금) 1에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 "평균공시이율 + 1%" 범위내

에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

2 위 1에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 14.(계약 전 알릴 의무), 16.(알릴 의무 위반의 효과), 17.(사기에 의한 계약), 18.(보험계약의 성립) 및 25.(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

3 위 1에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 14.(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 16.(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

용어 풀이

평균공시이율

전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

30. (강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 22.(계약내용의 변경 등) 1의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

2 회사는 위 1에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

3 회사는 위 1의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 위 1의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

4 회사는 위 1의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

5 보험수익자는 통지를 받은 날(위 3에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 위 1의 절차를 이행할 수 있습니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

31. (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 34.(해지환급금) 1에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

2 21.(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 34.(해지환급금) 1에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

32. (중대사유로 인한 해지)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급 사유를 발생시킨 경우

② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

2 회사가 위 1에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 34.(해지환급금) 1에 따른 해지환급금을 지급합니다.

33. (회사의 파산선고와 해지)

1 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

2 위 1의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

3 위 1의 규정에 따라 계약이 해지되거나 위 2의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 34.(해지환급금) 1에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

34. (해지환급금)

1 이 약관에 따른 해지환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다. 이때, 적립부분 순보험료에 대하여는 회사는 제1회 보험료를 받은 날부터 이 계약의 공시이율을 적용합니다. 그러나 기인출된 중도인출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계액을 빼고 지급합니다.

2 위 1의 공시이율이 보험기간 중에 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 35.(공시이율의 적용 및 공시)에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리 1.0%로 합니다.

3 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표63】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

4 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

용어 풀이

공시이율

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

최저보증이율

운용자산이익률 및 외부지표금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 적립되며 공시이율이 0.5%인 경우(최저보증이율은 1.0%일 경우), 적립금은 공시이율(0.5%)이 아닌 최저보증이율(1.0%)로 적립됩니다.

35. (공시이율의 적용 및 공시)

1 이 계약에서 적립부분 순보험료에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 공시이율로 하며, 당월 말일까지 1개월간 확정 적용합니다. 여기서 공시이율은 「보장성 공시이율1601」(이하 '공시이율'이라 합니다)를 말합니다.

2 위 1의 공시이율은 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 공시이율은 산출된 공시기준이율의 70%~130% 범위내에서 정합니다.

3 위 2에도 불구하고 최저보증이율은 1.0%로 합니다.

4 회사는 위 2에서 정한 공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

36. (중도인출금)

1 회사는 계약자가 보험료를 정상적으로 납입하고 보험계약이 유효한 경우에 보험계약일로부터 1년이 지난 후부터 계약자의 청구가 있는 경우에 매 보험년도마다 4회에 한하여 인출할 수 있습니다. 다만, 중도인출금은 계약자가 요청하는 시점의 보통약관 해지환급금과 보통약관 적립부분 해지환급금 중 적은 금액(보험계약대출이 있는 경우 그 원리금 합계액을 공제한 후의 금액)의 80%이내에서 인출할 수 있습니다.

용어 풀이

보험년도

보험계약일로부터 다음 해의 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2010년 10월 15일인 경우 보험년도는 10월 15일부터 다음 해 10월 14일까지의 1년을 말합니다.

보험 지식

중도인출금의 한도 예시

중도인출을 요청하는 시점에서 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 의해 산출한 보통약관 해지환급금이 100만원, 보통약관 적립부분 해지환급금이 110만원인 경우

⇒ 총 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원

⇒ 기 신청한 대출금이 있는 경우(원금과 이자의 합계를 30만원으로 가정)
중도인출 가능액 = 80만원(총 중도인출 가능액) - 30만원 = 50만원

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

37. (보험계약대출)

1 계약자는 「이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출」(이

하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

2 계약자는 위 1의 규정에 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 위 2의 규정에도 불구하고 회사는 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

38. (배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁조정 등

39. (분쟁의 조정)

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

40. (관할법원)

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

41. (소멸시효)

보험금청구권, 적립환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권, 책임준비금 반환청구권 및 배당청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

42. (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.

43. (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.

44. (회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험 설계사 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 위 2에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

45. (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.

46. (준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상

법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

47. (예금보험에 의한 지급보장)

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

특별약관

제1장 상해관련

어려운 용어는 프로미라이프 용어사전 참고 ····· 27
인용 법규는 약관에서 인용한 법규 참고 ····· 563

1 | 상해사망 특별약관

1-1 | 상해사망(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 상해사망보험금으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
① 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
② 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 상해사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4 위 3의 규정에도 불구하고 피보험자, 보험수익자 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 32.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

1-2 | 상해사망(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 상해사망보험금으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
① 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
② 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년 미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

4. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

5. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 상해사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4 위 3의 규정에도 불구하고 피보험자, 보험수익자 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 32.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

2 | 상해사망유족자금(매월10년간지급) 특별약관

2-1 | 상해사망유족자금(매월10년간지급)(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 10년동안 매월 사고 발생일에 보험수익자에게 상해사망유족자금으로 확정 지급합니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.

구분	지급금액(1회 지급액)	지급방법
상해사망 유족자금 (매월10년간지급)	이 특별약관의 보험가입금액	10년동안 매월 사고발생일에 확정지급(총120회)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

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

[2] 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

[3] 1.(보험금의 지급사유)의 상해사망유족자금은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인한 금액을 지급합니다.

3. (특별약관의 소멸)

[1] 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 상해사망유족자금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

[2] 위 [1] 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

[3] 위 [1] 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

[4] 위 [3]의 규정에도 불구하고 피보험자, 보험수익자 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 32.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

2-2 | 상해사망유족자금(매월10년간지급)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 발생한 상해의

직접결과로써 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 10년동안 매월 사고 발생일에 보험수익자에게 상해사망유족자금으로 확정 지급합니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.

구분	지급금액(1회 지급액)	지급방법
상해사망 유족자금 (매월10년간지급)	이 특별약관의 보험가입금액	10년동안 매월 사고발생일에 확정지급(총120회)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

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

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3 1.(보험금의 지급사유)의 상해사망유족자금은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인한 금액을 지급합니다.

3. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

4. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

5. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 상해사망유족자금을 지급한 경우에 그 손해보장

의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
4 위 3의 규정에도 불구하고 피보험자, 보험수익자 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 32.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환금금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

3 | 상해80%이상후유장해 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해로 「장해분류표」(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해80%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
2 위 1에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
4 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 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 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 6에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

3. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 상해80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제) 1.①은 적용하지 않습니다.

4 | 상해80%이상후유장해생활자금(매월10년간지급) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해로 「장해분류표」(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 10년 동안 매월 사고 발생일에 보험수익자에게 상해80%이상후유장해생활자금으로 확정 지급합니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.

구분	지급금액(1회 지급액)	지급방법
상해80%이상 후유장해생활자금 (매월10년간지급)	이 특별약관의 보험가입금액	10년동안 매월 사고발생일에 확정지급(총120회)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

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

4 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 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 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 6에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

8 1.(보험금의 지급사유)의 상해80%이상후유장해생활자금은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인한 금액을 지급합니다.

3. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 상해80%이상후유장해생활자금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)1.①은 적용하지 않습니다.

5 | 상해50%이상후유장해 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해로 「장해분류표」(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 상해50%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

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

4 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 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 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해

보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 6에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

3. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

6 | 상해50%이상후유장해생활자금(매월10년간지급) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해로 「장해분류표」(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 10년 동안 매월 사고 발생일에 보험수익자에게 상해50%이상후유장해생활자금으로 확정 지급합니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.

구분	지급금액(1회 지급액)	지급방법
상해50%이상 후유장해생활자금 (매월10년간지급)	이 특별약관의 보험가입금액	10년동안 매월 사고발생일에 확정지급(총120회)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

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

4 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하

여 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 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 6에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

8 1.(보험금의 지급사유)의 상해50%이상후유장해생활자금은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인한 금액을 지급합니다.

3. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

7 | 상해후유장해(20~100%) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해로 「장해분류표」(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 20~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 상해후유장해(20~100%)보험금으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

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

4 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 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 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 6에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

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

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

8 | 상해장애진단비(1~2급) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 발생한 상해로 '장애인복지법 시행령' 제2조 및 '장애인복지법 시행규칙' 제2조의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐성장애, 정신장애, 간질장애 제외)가 발생하고, 1급 또는 2급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인)이 되었을 때 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해장애진단비(1~2급)로 보험수익자에게 지급합니다.

인용문구

장애인복지법 시행령 제2조 (장애인의 종류 및 기준)

① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 「장애인복지법 시행령」 별표 1에서 정한 자를 말한다.

② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다.

장애인복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등)

① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애인의 장애등급은 「장애인복지법 시행규칙」 별표 1과 같다.

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

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 피보험자의 상해가 보험기간 중 발생하였으나 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 보건복지부 「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기에 따라 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기

간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 1.(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

2 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급에 해당되는 보험금을 지급합니다. 단, '장애인복지법 시행규칙' 별지서식 장애인증명서의 '장애종별 및 등급'에 기재된 주장애를 기준으로 하고, 해당 장애가 부장애인 경우는 제외합니다.

3 이 특별약관의 「장애등급의 판정기준」이 「장애인복지법 및 장애인복지법 시행규칙」(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.

4 위 3에도 불구하고 '법령'의 개정으로 「장애등급의 판정기준」이 폐지 또는 변경되어 1.(보험금의 지급사유) 해당하는 장애등급 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「장애등급의 판정기준」에 따라 보험금 지급 여부를 판정합니다.

보험 지식

예시) 장애등급 판정기준이 현행 1~6등급에서 장애등급 판정기준이 '중증'과 '경증'으로 변경되는 경우 등

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
② 피보험자의 선천적 기형, 선천적 질환 및 이에 근거한 상병
③ 피보험자의 출생과정에서 발생한 원인으로 인한 장애발생
④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

4. (보험금의 청구)

1 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 장애인등록증
③ 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
⑤ 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에 한합니다.)
⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.③의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 상해장애진단비(1~2급)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

9 | 상해장애진단비(1~3급) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 발생한 상해로 '장애인복지법 시행령' 제2조 및 '장애인복지법 시행규칙' 제2조의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐성장애, 정신장애, 간질장애 제외)가 발생하고, 1급, 2급 또는 3급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인)이 되었을 때 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해장애진단비(1~3급)로 보험수익자에게 지급합니다.

인용문구

장애인복지법 시행령 제2조 (장애인의 종류 및 기준)

① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 「장애인복지법 시행령」 별표 1에서 정한 자를 말한다.

② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다.

장애인복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등)

① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애인의 장애등급은 「장애인복지법 시행규칙」 별표 1과 같다.

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

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 피보험자의 상해가 보험기간 중 발생하였으나 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 보건복지부 「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기에 따라 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 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)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 1.(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

2 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급에 해당되는 보험금을 지급합니다. 단, '장애인복지법 시행규칙' 별지서식 장애인증명서의 '장애종별 및 등급'에 기재된 주장애를 기준으로 하고, 해당 장애가 부장애인 경우는 제외합니다.

3 이 특별약관의 「장애등급의 판정기준」이 「장애인복지법 및 장애인복지법 시행규칙」(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.

4 위 3에도 불구하고 '법령'의 개정으로 「장애등급의 판정기준」이 폐지 또는 변경되어 1.(보험금의 지급사유) 해당하는 장애등급 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「장애등급의 판정기준」에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

보험지식

예시) 장애등급 판정기준이 현행 1~6등급에서 장애등급 판정기준이 '중증'과 '경증'으로 변경되는 경우 등

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
② 피보험자의 선천적 기형, 선천적 질환 및 이에 근거한 상병
③ 피보험자의 출생과정에서 발생한 원인으로 인한 장애발생
④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

4. (보험금의 청구)

1 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 장애인등록증
③ 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
⑤ 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에 한합니다.)
⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 위 1.③의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 상해장애진단비(1~3급)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

10 | 상해장애진단비(1~4급) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 발생한 상해로 '장애인복지법 시행령' 제2조 및 '장애인복지법 시행규칙' 제2조의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐성장애, 정신장애, 간질장애 제외)가 발생하고, 1급, 2급, 3급 또는 4급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인)이 되었을 때 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해장애진단비(1~4급)로 보험수익자에게 지급합니다.

인용 문구

장애인복지법 시행령 제2조 (장애인의 종류 및 기준)

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

장애인복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등)

① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애인의 장애등급은 「장애인복지법 시행규칙」 별표 1과 같다.
② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애등급의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 피보험자의 상해가 보험기간 중 발생하였으나 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 보건복지부 「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기에 따라 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기

간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 1.(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

2 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급에 해당되는 보험금을 지급합니다. 단, '장애인복지법 시행규칙' 별지서식 장애인증명서의 '장애종별 및 등급'에 기재된 주장애를 기준으로 하고, 해당 장애가 부장애인 경우는 제외합니다.

3 이 특별약관의 「장애등급의 판정기준」이 「장애인복지법 및 장애인복지법 시행규칙」(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.

4 위 3에도 불구하고 '법령'의 개정으로 「장애등급의 판정기준」이 폐지 또는 변경되어 1.(보험금의 지급사유) 해당하는 장애등급 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「장애등급의 판정기준」에 따라 보험금 지급 여부를 판정합니다.

보험 지식

예시) 장애등급 판정기준이 현행 1~6등급에서 장애등급 판정기준이 '중증'과 '경증'으로 변경되는 경우 등

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
② 피보험자의 선천적 기형, 선천적 질환 및 이에 근거한 상병
③ 피보험자의 출생과정에서 발생한 원인으로 인한 장애발생
④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

4. (보험금의 청구)

1 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 장애인등록증
③ 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
⑤ 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에 한합니다.)
⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.③의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 상해장애진단비(1~4급)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

11 | 상해입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

11-1 | 상해입원일당(1일이상180일한도)(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 상해입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 1.(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 1.(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 2 및 1.(보험금의 지급사유)에 따라 상해입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1.(보험금의 지급사유)의 상해입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("입원"의 정의와 장소)

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

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

11-2 | 상해입원일당(1일이상180일한도)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 상해입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 1.(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 1.(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 2 및 1.(보험금의 지급사유)에 따라 상해입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1.(보험금의 지급사유)의 상해입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("입원"의 정의와 장소)

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

4. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년 미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

5. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

6. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

12 | 상해입원일당(병원종류별차등지급)(1일이상180일한도)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(한방병원, 종합병원, 상급종합병원을 포함합니다) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

2 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액의 50%를 종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

3 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액의 250%를 상급종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

보험 지식

지급보험금 예시

기준 : 보험가입금액 10,000원

사례1 : 피보험자가 상해로 병원(종합병원, 상급종합병원 제외)에 입원한 경우
→ 입원 1일당 10,000원 지급

사례2 : 피보험자가 상해로 종합병원(상급종합병원 제외)에 입원한 경우
→ 입원 1일당 15,000원 지급(상해입원일당 10,000원 + 종합병원 상해입원일당 5,000원)

사례3 : 피보험자가 상해로 상급종합병원에 입원한 경우
→ 입원 1일당 40,000원 지급(상해입원일당 10,000원 + 종합병원 상해입원일당 5,000원 + 상급종합병원 상해입원일당 25,000원)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 지급사유) 1, 2 및 3의 보험금의 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각각 그 보험금을 지급합니다.

2-1. (보험금 지급에 관한 세부규정(상해입원일당(1일이상180일한도)))

1 1.(보험금의 지급사유) 1의 상해입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 1.(보험금의 지급사유) 1의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

3 1.(보험금의 지급사유) 1의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1.(보험금의 지급사유) 1에 따라 상해입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1.(보험금의 지급사유) 1의 상해입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유) 1의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

2-2. (보험금 지급에 관한 세부규정(종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)))

1 1.(보험금의 지급사유) 2의 종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다. 이 경우 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

2 1.(보험금의 지급사유) 2의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

3 1.(보험금의 지급사유) 2의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1.(보험금의 지급사유) 2에 따라 종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1.(보험금의 지급사유) 2의 종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

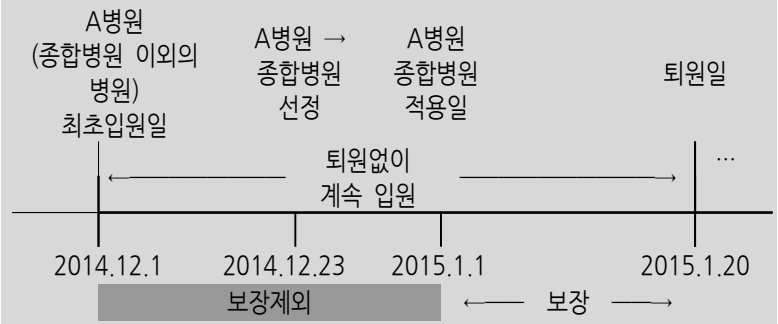
5 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 4.("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1.(보험금의 지급사유) 2에 따라 종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

6 피보험자가 4.("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1.(보험금의 지급사유) 2에 따라 종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

7 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 4.("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 경우 종합병원 적용일부터 1.(보험금의 지급사유) 2에 따라 지급합니다.

보험 지식

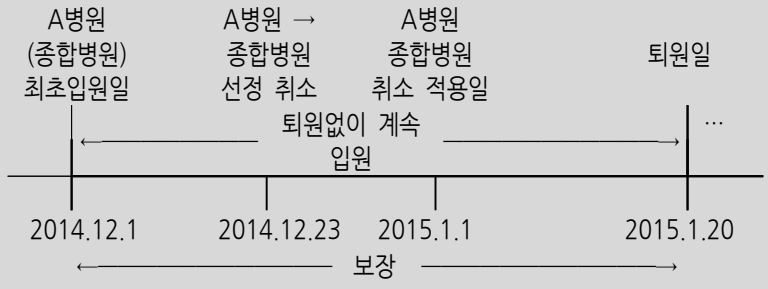
종합병원 이외의 병원 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우 보장예시



8 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 4.("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1.(보험금의 지급사유) 2에 따라 종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

보험 지식

종합병원 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우 보장예시



9 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유) 2의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

2-3. (보험금 지급에 관한 세부규정(상급종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)))

1 1.(보험금의 지급사유) 3의 상급종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

2 1.(보험금의 지급사유) 3의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

3 1.(보험금의 지급사유) 3의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1.(보험금의 지급사유) 3에 따라 상급종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1.(보험금의 지급사유) 3의 상급종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

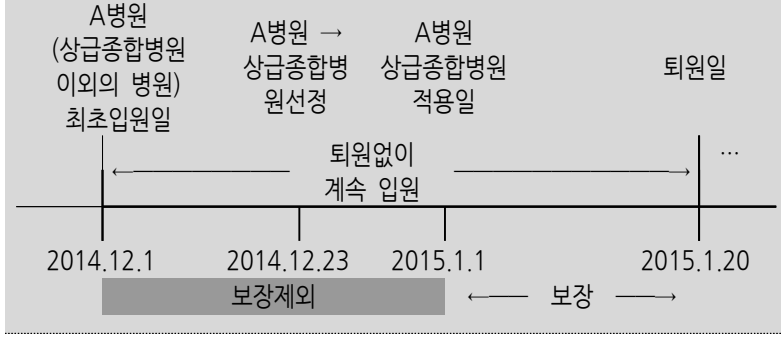
5 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 5.("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1.(보험금의 지급사유) 3에 따라 상급종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

6 피보험자가 5.("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1.(보험금의 지급사유) 3에 따라 상급종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

7 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 5.("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우 상급종합병원 적용일부터 1.(보험금의 지급사유) 3에 따라 지급합니다.

보험 지식

상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 보장예시

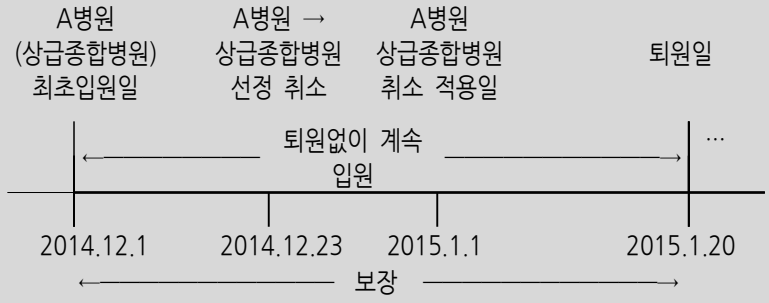


8 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 5.("상급종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1.(보험금의 지급사유) 2에 따라 상급종합병

원 상해입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

보험 지식

상급종합병원 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 보장예시



9 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유) 3의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 아래에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

구분	의료기관
상해입원일당 (1일이상180일한도)	의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원(한방병원, 종합병원, 상급종합병원을 포함합니다), 의원(한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관
종합병원 상해입원일당 (1일이상180일한도)	의료법 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원
상급종합병원 상해입원일당 (1일이상180일한도)	의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원

4. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

5. (“상급종합병원”의 정의)

“상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 4.(“종합병원”의 정의)의 종합병원 지정기준 또는 5.(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원개시일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 “종합병원 입원” 및 “상급종합병원 입원”과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 “종합병원”, “상급종합병원”제도가 폐지되는 경우

② 법령의 개정에 따라 “종합병원”, “상급종합병원”제도의 변경으로 4.(“종합병원”의 정의)의 종합병원 또는 5.(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관 내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

8. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

9. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

13 | 상해수술입원일당(1일이상60일한도) 특별약관

13-1 | 상해수술입원일당(1일이상60일한도)(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 상해로 인해 아래에 모두 해당되는 경우(이하 "수술입원"이라 합니다)에는 최초입원일부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술입원일당(1일이상60일한도)으로 지급합니다.

① 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우

② 상해의 직접결과로써 4.("수술"의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우

③ 위 ①과 ②는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

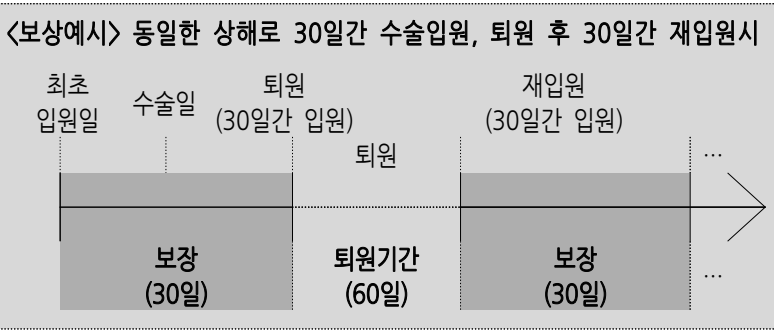
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 상해수술입원일당(1일이상60일한도) 지급일수는 1회 수술입원당 60일을 한도로 합니다.

2 "수술" 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 "수술입원"으로 보아 각 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

보험 지식

<보상예시> 동일한 상해로 30일간 수술입원, 퇴원 후 30일간 재입원시



3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 "수술입원"하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술입원에 대하여는 위 1, 2 및 1.(보험금의 지급사유)에 따라 상해수술입원일당(1일이상60일한도)을 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해수술입원일당(1일이상60일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 "수술"이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일로부터 180일 이전 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 "수술"이며, 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 상해수술입원일당(1일이상60일한도)을 위 1 내지 4에 따라 지급합니다.

보험 지식

<수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준>

① 최초 입원일의 180일 이전일 전 수술시 미보장
② 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 상해수술입원일당(1일이상60일한도)을 2.(보험금 지급에 관한 세부규정)의 1 내지 4에 따라 보장
③ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 상해수술입원일당(1일이상60일한도)을 2.(보험금 지급에 관한 세부규정)의 1 내지 4에 따라 보장
④ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("입원"의 정의와 장소)

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

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생하거나 또는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산

② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

③ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

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

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

다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

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

⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

13-2 | 상해수술입원일당(1일이상60일한도)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 상해로 인해 아래에 모두 해당되는 경우(이하 "수술입원"이라 합니다)에는 최초입원일부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술입원일당(1일이상60일한도)으로 지급합니다.

① 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우

② 상해의 직접결과로써 4.("수술"의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우

③ 위 ①과 ②는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 상해수술입원일당(1일이상60일한도) 지급일수는 1회 수술입원당 60일을 한도로 합니다.

2 "수술" 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 "수술입원"으로 보아 각 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

보험 지식

<보상예시> 동일한 상해로 30일간 수술입원, 퇴원 후 30일간 재입원시

3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 "수술입원"하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술입원에 대하여는 위 1, 2 및 1.(보험금의 지급사유)에 따라 상해수술입원일당(1일이상60일한도)을 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해수술입원일당(1일이상60일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 "수술"이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일로부터 180일 이전 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 "수술"이며, 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 상해수술입원일당(1일이상60일한도)을 위 1 내지 4에 따라 지급합니다.

보험 지식

<수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준>

① 최초 입원일의 180일 이전일 전 수술시 미보장
② 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 상해수술입원일당(1일이상60일한도)을 2.(보험금 지급에 관한 세부규정)의 1 내지 4에 따라 보장
③ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 상해수술입원일당(1일이상60일한도)을 2.(보험금 지급에 관한 세부규정)의 1 내지 4에 따라 보장
④ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사

의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생하거나 또는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

6. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

7. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

8. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

14 | 상해중환자실입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

2 위 1의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

인용문구

의료법 시행규칙 별표 4

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 10제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 상해중환자실입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
2 1.(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.
3 1.(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 2 및 1.(보험금의 지급사유)에 따라 상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1.(보험금의 지급사유)의 상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("입원"의 정의와 장소)

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

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

15 | 상해수술비 특별약관

15-1 | 상해수술비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 상해수술비는 동일한 상해를 직접적인 원인으로 두 종류

이상의 상해수술을 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생하거나 또는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산

② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내,체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

③ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

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

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

다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

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

⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

15-2 | 상해수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 상해수술비는 동일한 상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생하거나 또는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산

② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내,체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

③ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

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

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

다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

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

⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년 미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

16 | 상해흉터복원수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 발생한 「급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원등을 포함합니다)등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부, 상지,

하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 지급합니다.
다만, 사고발생시점 15세 미만자의 경우 부득이 사고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 위의 성형수술을 받은 것으로 봅니다.

[보험가입금액7만원]

구분	안면부	상지 · 하지
지급액	수술 1cm당 14만원	수술 1cm당 7만원 (단, 3cm이상의 경우에 한함)

단, 길이측정이 불가한 피부이식수술등의 경우 수술cm는 최장직경으로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 상해흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 최고 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

2 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.
① 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분
② 상지란 견관절 이하의 팔부분
③ 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며, 둔부, 서혜부, 복부등은 제외

3 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

17 | 중대한 특정상해수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 발생한 「급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일로부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술" 또는 "개복(開腹)수술"을 받은 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한 특정상해수술비로 지급합니다. 다만, 피보험자가 동일한 사고로 인하여 중대한 특정상해수술비 지급사유가 두가지 이상 발생한 경우에도 한가지 사유에 의한 중대한 특정상해수술비만을 지급합니다.

2 위 1에서 "뇌손상"이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌손상(【별표 5】중대한 특정상해 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.

3 위 1에서 "내장손상"이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표 5】중대한 특정상해 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("수술"의 정의와 장소)

1 1.(보험금의 지급사유) 1에서 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"로 보지 않습니다.

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

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

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

2 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 뇌손상 또는 내장손상으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

3 위 2에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

4. (특별약관의 소멸)

1 1.(보험금의 지급사유) 1의 중대한 특정상해수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

18 | 골절진단비(치아제외) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해로 골절(치아파절제외)분류표(【별표 3】골절(치아파절제외)분류표 참조)에서 정한 골절로 진단확정시 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비(치아제외)로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 골절진단비(치아제외)는 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.
2 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고, 직·간접 원인을 묻지 않고 치아골절(파절)손해 또는 치아골절(파절)이 원인이 되어 발생한 손해는 보장하지 않습니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아제외)이 치아골절(파절)과 동시에 발생한 경우는 2.(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보장합니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

19 | 5대골절진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해로 5대골절분류표(【별표 2】5대골절분류표 참조)에서 정한 5대골절로 진단확정시 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 1.(보험금의 지급사유)의 5대골절진단비은 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 5대골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보장합니다.

② 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (특별약관의 소멸)

① 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

20 | 안면·두개골 특정골절진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해로 안면·두개골 특정골절 분류표(【별표55】안면·두개골 특정골절 분류표 참조)에서 정한 골절로 진단확정시 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 안면·두개골 특정골절진단비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 1.(보험금의 지급사유)의 안면·두개골 특정골절 진단비는 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 안면·두개골 특정골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 3.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

② 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고, 직·간접 원인을 묻지 않고 치아골절(파절)손해 또는 치아골절(파절)이 원인이 되어 발생한 손해는 보장하지 않습니다. 다만,

동일한 사고로 골절(치아제외)이 치아골절(파절)과 동시에 발생한 경우는 2.(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보장합니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

21 | 골절수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해로 골절분류표(【별표56】골절 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 골절로 진단확정후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 골절수술은 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보장합니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

2 회사는 그 원인의 직·간접을 묻지 아니하고 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다.)

② 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 골절수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

용어 풀이

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

22 | 화상진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해로 화상분류표(【별표 4】화상분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 화상으로 진단확정시 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 화상이라 함은 화상분류표에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당하고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

2 동일한 사고로 인하여 두 종류 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 지급합니다.

3 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

인용 문구

3. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

23 | 화상수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해로 화상분류표(【별표 4】화상분류표 참조. 이하 같습니다)에 정한 화상으로 진단확정후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 화상이라 함은 화상분류표에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당하고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

2 1.(보험금의 지급사유)의 화상수술비는 동일한 사고로 인하여 두 종류 이상의 화상 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보장합니다.

3 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

2 회사는 그 원인의 직·간접을 묻지 아니하고 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다.)

② 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 화상수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

24 | 중대한 화상 및 부식진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해의 직접결과로써 「중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」(이하 "중대한 화상 및 부식"이라합니다)으로 진단 확정된 경우 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한 화상 및 부식진단비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (중대한 화상 및 부식의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에서 "중대한 화상 및 부식"이라 함은 '9의 법칙(Rule of 9's)' 또는 '룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder Chart)'에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식을 입은 경우를 말합니다. 단, '9의 법칙' 또는 '룬드와 브라우더 신체 표면적 차트' 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

2 "중대한 화상 및 부식"의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "중대한 화상 및 부식"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 1.(보험금의 지급사유)의 중대한 화상 및 부식진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

25 | 자동차부상치료비II 특별약관

25-1 | 운전자 자동차부상치료비II 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 아래에 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표 6】자동차사고 부상등급표 참조)의 부상등급을 받은 경우 부상등급에 따라 아래와 같이 지급합니다.

① 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고

② 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
③ 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

부상등급	지급금액	예시 [보험가입금액 400만원 기준]
1급	보험가입금액 지급	400만
2급	보험가입금액의 1/2 지급	200만
3-4급	보험가입금액의 3/8 지급	150만
5급	보험가입금액의 3/16 지급	75만
6급	보험가입금액의 1/10 지급	40만
7급	보험가입금액의 1/20 지급	20만
8-11급	보험가입금액의 1/40 지급	10만
12-14급	보험가입금액의 1/80 지급	5만

2 위 1에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
3 위 1 및 2에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용 문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 1 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는

동안 보험금 지급사유가 발생한 때
② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

25-2 | 비운전자 자동차부상치료비II 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 아래에 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표 6】자동차사고 부상등급표 참조)의 부상등급을 받은 경우 부상등급에 따라 아래와 같이 지급합니다.
① 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
② 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

부상등급	지급금액	예시 [보험가입금액 400만원 기준]
1급	보험가입금액 지급	400만
2급	보험가입금액의 1/2 지급	200만
3-4급	보험가입금액의 3/8 지급	150만
5급	보험가입금액의 3/16 지급	75만
6급	보험가입금액의 1/10 지급	40만
7급	보험가입금액의 1/20 지급	20만
8-11급	보험가입금액의 1/40 지급	10만
12-14급	보험가입금액의 1/80 지급	5만

2 위 1에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 1 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
⑤ 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

26 | 자동차부상치료비Ⅲ 특별약관

26-1 | 운전자 자동차부상치료비Ⅲ 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표 6】자동차사고 부상등급표 참조)의 부상등급

을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차부상치료비Ⅲ으로 지급합니다.
① 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
② 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
③ 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

부상등급	지급금액
1급 ~ 14급	이 특별약관의 보험가입금액

2 위 1에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

3 위 1 및 2에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 1 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인

출금은 지급하지 않습니다.

26-2 | 비운전자 자동차부상치료비Ⅲ 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

[1] 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표 6】자동차사고 부상등급표 참조)의 부상등급을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차부상치료비Ⅲ으로 지급합니다.

① 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고

② 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

부상등급	지급금액
1급 ~ 14급	이 특별약관의 보험가입금액

[2] 위 [1] 및 [2]에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) [1] 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지

급사유가 발생한 때
② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
⑤ 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

27 | 자동차사고성형수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(자가용운전자만을 대상으로 합니다)가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 「자가용자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고」(이하 "사고"라 합니다)의 직접적인 결과로 자동차사고성형수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차사고성형수술비로 지급합니다.
다만, 미용을 위한 성형수술을 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

용어 풀이

자동차사고성형수술

자가용자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고의 직접적인 결과로 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 위해 사고일로부터 1년 이내에 성형외과 전문의로부터 받은 성형수술을 말합니다.

2 피보험자가 같은 사고로 위 1에서 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보장합니다.
3 위 1에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
4 위 1 및 3에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용 문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 1 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

28 | 자동차사고치아보철지원금 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 아래에서 정한 사고(이하 「자동차사고」라 합니다)를 직접적인 원인으로 치아에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 치아보철치료가 필요하다고 진단 받은 경우 치아 1개당 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차사고치아보철지원금으로 지급합니다.

① 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고
② 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고
③ 운행중인 자동차에 탑승하지 아니하고 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차와의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차 사고

2 위 1에서 치아보철을 필요로 하는 상해라 함은 【별표 6】자동차사고 부상등급표 중 5급 32항, 6급 31항, 7급 26항, 8급 25항, 9급 19항, 10급 9항, 11급 5항, 12급 7항, 13급 4항, 14급 4항에 해당되는 경우를 말합니다.

3 위 1에서 보철치료라 함은 치아의 일부분이 없어지거나 기능을 상실했을 때 치아를 대체하여 주는 치료방법으로 크라운, 브릿지, 완전의치 및 임플란트 등을 말합니다.

4 위 1에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

5 위 1 및 2에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용 문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

29 | 교통상해수술비 특별약관

29-1 | 운전자 교통상해수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간중에 운전자교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 "사고"라 합니다)의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 운전자교통상해수술비로 지급합니다.

① 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고

② 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

2 위 1에서 "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

3 위 1 및 2에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

4 위 1에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일

② 자전거, 원동기를 붙인 자전거

③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)

④ 위 3의 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 운전자 교통상해수술비는 동일한 운전자교통상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 하나의 운전자교통상해수술비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

3 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용

② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

③ 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

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

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

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

⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

29-2 | 비운전자 교통상해수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간중에 비운전자교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 "사고"라 합니다)의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 비운전자 교통상해수술비로 지급합니다.

① 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고

② 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

2 위 1에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용 문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

3 위 1에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일

② 자전거, 원동기를 붙인 자전거

③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)

④ 위 2의 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 비운전자 교통상해수술비는 동일한 비운전자교통상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 하나의 비운전자교통상해수술비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

3 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용

② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

③ 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

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

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

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

⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

30 | 교통상해골절수술비 특별약관

30-1 | 운전자 교통상해골절수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 운전자교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 골절분류표(【별표56】골절 분류표 참조)에 정한 골절로 진단확정후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 운전자 교통상해골절수술비로 지급합니다.

① 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고

② 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

2 위 1에서 "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

3 위 1 및 2에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

4 위 1에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일

② 자전거, 원동기를 붙인 자전거

③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)

④ 위 3의 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 운전자 교통상해골절수술비는 동일한 운전자교통상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시는 1회에 한하여 보장합니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

3 회사는 그 원인의 직·간접을 묻지 않고 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)

② 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

30-2 | 비운전자 교통상해골절수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간중에 비운전자교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 골절분류표(【별표56】골절 분류표 참조)에 정한 골절로 진단확정후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 비운전자 교통상해골절수술비로 지급합니다.

① 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고

② 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

2 위 1에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용 문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

3 위 1에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일

② 자전거, 원동기를 붙인 자전거

③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)

④ 위 2의 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 비운전자 교통상해골절수술비는 동일한 비운전자교통상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시는 1회에 한하여 보장합니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

3 회사는 그 원인의 직·간접을 묻지 않고 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다)

② 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

31 | 교통상해5대골절진단비 특별약관

31-1 | 운전자 교통상해5대골절진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간중에 운전자교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 5대골절분류표(【별표2】 5대골절분류표 참조)에 정한 골절로 진단확정시 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 운전자 교통상해5대골절진단비로 지급합니다.

① 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고

② 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

2 위 1에서 "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

3 위 1 및 2에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

4 위 1에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일

② 자전거, 원동기를 붙인 자전거

③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)

④ 위 3의 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 운전자 교통상해5대골절진단비는 동일한 운전자교통상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보장합니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

31-2 | 비운전자 교통상해5대골절진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간중에 비운전자교통상해(「보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 5대골절분류표(【별표2】 5대골절분류표 참조)에 정한 골절로 진단확정시 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 비운전자 교통상해5대골절진단비로 지급합니다.

① 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고

② 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

2 위 1에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용 문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭

다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)
※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

3 위 1에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
② 자전거, 원동기를 붙인 자전거
③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
④ 위 3의 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 비운전자 교통상해5대골절진단비는 동일한 비운전자교통상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보장합니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

32 | 탈구염좌및과긴장수술비 특별약관

32-1 | 탈구염좌및과긴장수술비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해의 직접결과로써 "탈구,염좌 및 과긴장"으로 진단확정되고 그에 대한 직접적 치료목적으

로 수술을 받은 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 탈구염좌 및과긴장수술비로 지급합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "탈구,염좌 및 과긴장"이라 함은 탈구,관절및인접근육의염좌 및과긴장분류표(【별표57】 탈구, 관절 및 인접근육의 염좌 및 과긴장 분류표 참조)에서 정한 항목을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 탈구염좌및과긴장수술비는 동일한 상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 탈구염좌및과긴장수술을 받은 경우에는 하나의 탈구염좌및과긴장수술비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 1.(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다.)

③ 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

① 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

32-2 | 탈구염좌및과긴장수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해의 직접결과로써 "탈구,염좌 및 과긴장"으로 진단확정되고 그에 대한 직접적 치료목적으로 수술을 받은 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 탈구염좌및과긴장수술비로 지급합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "탈구,염좌 및 과긴장"이라 함은 탈구,관절및인접근육의염좌및과긴장분류표(【별표57】 탈구, 관절 및 인접근육의 염좌 및 과긴장 분류표 참조)에서 정한 항목을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 1.(보험금의 지급사유)의 탈구염좌및과긴장수술비는 동일한 상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 탈구염좌및과긴장수술을 받은 경우에는 하나의 탈구염좌및과긴장수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아

래에 열거된 행위로 인하여 1.(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다.)

③ 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년 미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

6. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

7. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

33 | 골절한방치료비(치아제외)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 골절(치아파절제외)분류표(【별표3】골절(치아파절제외)분류표 참조)에 정한 골절로 진단확정된 후 그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우 1사고당 아래와 같이 보장합니다.

구분	지급금액	보장한도
첩약	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
약침	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회한
특정한방물리요법	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회한

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회의 사고로 보아 보장합니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고, 직·간접 원인을 묻지 않고 치아골절(파절)손해 또는 치아골절(파절)이 원인이 되어 발생한 손해는 보장하지 않습니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아제외)이 치아골절(파절)과 동시에 발생한 경우는 2.(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보장합니다.

4. (“첩약”의 정의)

이 특별약관에서 '첩약'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 '한약' 또는 '한약재' 및 약사법 제2조에서 정한 '한약'을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제 급여목록 및 상한금액표(보건복지부 고시 제2015-133호) 별표 1 한약제제급여목록표」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

용어 풀이

한약제제

갈근, 감국, 감초엑스산 등의 단미엑스산제와 가미소요산, 갈근탕, 갈근해기탕 등의 혼합엑스산제를 말합니다.

5. (“약침”의 정의)

이 특별약관에서 '약침'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 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(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여목록」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술」과 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-1	49010	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 약침술

용어 풀이

약침

봉약침, 경락약침, 팔강약침, 자하거 약침, 중성어혈약침, 황련해독약침 등을 말합니다. 경혈침술, 안와내 침술, 비강내침술, 복강내 침술, 관절내침술, 척추간 침술, 투자법 침술 등과 같은 일반침은 약침에 해당하지 않습니다.

6. (“특정한방물리요법”의 정의)

이 특별약관에서 '특정한방물리요법'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-2	49020	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 한방물리요법(경피경근온열요법, 경피적외선조사요법 및 경피경근한냉요법은 제외)

용어 풀이

추나요법

교정용 테이블에서 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 치료기술을 말합니다.

용어 풀이

경피전기자극요법

경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근간섭저주파요법

간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근초음파요법

경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

7. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기

일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

8. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

9. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

34 | 상해수술 한방치료비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 수술을 받은 후 그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우 1사고당 아래와 같이 보장합니다.

구분	지급금액	보장한도
첩약	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
약침	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회한
특정한방물리요법	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회한

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 1회의 사고로 보아 보장합니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산

② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내,체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

③ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

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

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

다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

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

⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

4. ("첩약"의 정의)

이 특별약관에서 '첩약'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 '한약' 또는 '한약재' 및 약사법 제2조에서 정한 '한약'을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제 급여목록 및 상한금액표(보건복지부 고시 제2015-133호) 별표 1 한약제제급여목록표」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

용어 풀이

한약제제

갈근, 감국, 감초엑스산 등의 단미엑스산제와 가미소요산, 갈근탕, 갈근해기탕 등의 혼합엑스산제를 말합니다.

5. ("약침"의 정의)

이 특별약관에서 '약침'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 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(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여목록」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술」과 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-1	49010	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 약침술

용어 풀이

약침

봉약침, 경락약침, 팔강약침, 자하거 약침, 중성어혈약침, 황련해독약침 등을 말합니다. 경혈침술, 안와내 침술, 비강내침술, 복강내 침술, 관절내침술, 척추간 침술, 투자법 침술 등과 같은 일반침은 약침에 해당하지 않습니다.

6. ("특정한방물리요법"의 정의)

이 특별약관에서 '특정한방물리요법'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-2	49020	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 한방물리요법(경피경근온열요법, 경피적외선조사요법 및 경피경근한냉요법은 제외)

용어 풀이

추나요법

교정용 테이블에서 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 치료기술을 말합니다.

용어 풀이

경피전기자극요법

경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근간섭저주파요법

간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근초음파요법

경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

7. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

8. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

9. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

10. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

11. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

35 | 자동차부상 한방치료비(1~3급)(3년만기자동갱신) 특별약관

35-1 | 운전자 자동차부상 한방치료비(1~3급)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간중에 아래에 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표6】자동차사고 부상등급표 참조)의 1급, 2급, 3급에 해당하는 부상등급을 받은 후 그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한 방물리요법을 이용하였을 경우 아래와 같이 지급합니다.

① 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고

② 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

구분	지급금액	보장한도
첩약	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
약침	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회한
특정한방물리요법	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회한

2 위 1에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

3 위 1 및 2에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용 문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 1에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. ("첩약"의 정의)

이 특별약관에서 '첩약'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 '한약' 또는 '한약재' 및 약사법 제2조에서 정한 '한약'을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제 급여목록 및

상한금액표(보건복지부 고시 제2015-133호) 별표 1 한약제제급여목록표」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

용어 풀이

한약제제

갈근, 감국, 감초엑스산 등의 단미엑스산제와 가미소요산, 갈근탕, 갈근해기탕 등의 혼합엑스산제를 말합니다.

5. (“약침”의 정의)

이 특별약관에서 '약침'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 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(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여목록」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술」과 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-1	49010	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 약침술

용어 풀이

약침

봉약침, 경락약침, 팔강약침, 자하거 약침, 중성어혈약침, 황련해독약침 등을 말합니다. 경혈침술, 안와내 침술, 비강내침술, 복강내 침술, 관절내침술, 척추간 침술, 투자법 침술 등과 같은 일반침은 약침에 해당하지 않습니다.

6. (“특정한방물리요법”의 정의)

이 특별약관에서 '특정한방물리요법'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-2	49020	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 한방물리요법(경피경근온열요법, 경피적외선조사요법 및 경피경근한냉요법은 제외)

용어 풀이

추나요법

교정용 테이블에서 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 치료기술을 말합니다.

경피전기자극요법

경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근간섭저주파요법

간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근초음파요법

경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

7. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

8. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

9. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

35-2 | 비운전자 자동차부상치료비(1~3급)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간중에 아래에 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표6】자동차사고 부상등급표 참조)의 1급, 2급, 3급에 해당하는 부상등급을 받은 후 그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한 방물리요법을 이용하였을 경우 아래와 같이 지급합니다.

① 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고

② 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

구분	지급금액	보장한도
첩약	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
약침	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회한
특정한방물리요법	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회한

2 위 1에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 1에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

⑤ 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 보험금 지급사유가 발생한 때

4. ("첩약"의 정의)

이 특별약관에서 '첩약'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 '한약' 또는 '한약재' 및 약사법 제2조에서 정한 '한약'을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제 급여목록 및 상한금액표(보건복지부 고시 제2015-133호) 별표 1 한약제제급여목록표」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

한약제제

갈근, 감국, 감초엑스산 등의 단미엑스산제와 가미소요산, 갈근탕, 갈근해기탕 등의 혼합엑스산제를 말합니다.

5. (“약침”의 정의)

이 특별약관에서 '약침'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 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(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여목록」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술」과 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

분류번호	코드	분류
허-1	49010	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 약침술

약침

봉약침, 경락약침, 팔강약침, 자하거 약침, 중성어혈약침, 황련해독약침 등을 말합니다. 경혈침술, 안와내 침술, 비강내침술, 복강내 침술, 관절내침술, 척추간 침술, 투자법 침술 등과 같은 일반침은 약침에 해당하지 않습니다.

6. (“특정한방물리요법”의 정의)

이 특별약관에서 '특정한방물리요법'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

분류번호	코드	분류
허-2	49020	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 한방물리요법(경피경근온열요법, 경피적외선조사요법 및 경피경근한냉요법은 제외)

추나요법

교정용 테이블에서 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 치료기술을 말합니다.

경피전기자극요법

경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근간섭저주파요법

간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근초음파요법

경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

7. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

8. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

9. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

36 | 자동차부상 한방치료비(1~11급)(3년만기자동갱신) 특별약관

36-1 | 운전자 자동차부상 한방치료비(1~11급)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간중에 아래에 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표6】자동차사고 부상등급표 참조)의 1급에서 11급에 해당하는 부상등급을 받은 후 그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우 아래와 같이 지급합니다.

① 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고

② 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

구분	지급금액	보장한도
첩약	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
약침	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회한
특정한방물리요법	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회한

② 위 ①에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용 문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) ①에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. ("첩약"의 정의)

이 특별약관에서 '첩약'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 '한약' 또는 '한약재' 및 약사법 제2조에서 정한 '한약'을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제 급여목록 및 상한금액표(보건복지부 고시 제2015-133호) 별표 1 한약제제급여목록표」에 기재된

한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

용어 풀이

한약제제

갈근, 감국, 감초엑스산 등의 단미엑스산제와 가미소요산, 갈근탕, 갈근해기탕 등의 혼합엑스산제를 말합니다.

5. ("약침"의 정의)

이 특별약관에서 '약침'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 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(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여목록」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술」과 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-1	49010	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 약침술

용어 풀이

약침

봉약침, 경락약침, 팔강약침, 자하거 약침, 중성어혈약침, 황련해독약침 등을 말합니다. 경혈침술, 안와내 침술, 비강내침술, 복강내 침술, 관절내침술, 척추간 침술, 투자법 침술 등과 같은 일반침은 약침에 해당하지 않습니다.

6. ("특정한방물리요법"의 정의)

이 특별약관에서 '특정한방물리요법'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-2	49020	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 한방물리요법(경피경근온열요법, 경피적외선조사요법 및 경피경근한냉요법은 제외)

용어 풀이

추나요법

교정용 테이블에서 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 치료기술을 말합니다.

경피전기자극요법

경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근간섭저주파요법

간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근초음파요법

경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

7. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

8. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

9. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

36-2 | 비운전자 자동차부상치료비(1~11급)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간중에 아래에 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표6】자동차사고 부상등급표 참조)의 1급에서 11급에 해당하는 부상등급을 받은 후 그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우 아래와 같이 지급합니다.

① 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고

② 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

구분	지급금액	보장한도
첩약	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
약침	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회한
특정한방물리요법	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회한

② 위 ①에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) ①에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

② 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

⑤ 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 보험금 지급사유가 발생한 때

4. ("첩약"의 정의)

이 특별약관에서 '첩약'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 '한약' 또는 '한약재' 및 약사법 제2조에서 정한 '한약'을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제 급여목록 및 상한금액표(보건복지부 고시 제2015-133호) 별표 1 한약제제급여목록표」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

용어 풀이

한약제제

갈근, 감국, 감초엑스산 등의 단미엑스산제와 가미소요산, 갈근탕, 갈근해기탕 등의 혼합엑스산제를 말합니다.

5. (“약침”의 정의)

이 특별약관에서 '약침'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 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(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여목록」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술」과 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-1	49010	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 약침술

용어 풀이

약침

봉약침, 경락약침, 팔강약침, 자하거 약침, 중성어혈약침, 황련해독약침 등을 말합니다. 경혈침술, 안와내 침술, 비강내침술, 복강내 침술, 관절내침술, 척추간 침술, 투자법 침술 등과 같은 일반침은 약침에 해당하지 않습니다.

6. (“특정한방물리요법”의 정의)

이 특별약관에서 '특정한방물리요법'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-2	49020	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 한방물리요법(경피경근온열요법, 경피적외선조사요법 및 경피경근한냉요법은 제외)

용어 풀이

추나요법

교정용 테이블에서 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 치료기술을 말합니다.

경피전기자극요법

경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근간섭저주파요법

간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근초음파요법

경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

7. (보험기간 및 자동갱신)

① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

② 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기

일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

8. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

9. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

37 | (여성)성폭력피해보험금(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 다음 각 호에서 정하는 성폭력범죄의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되고 검찰의 처분결정이 내려진 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 성폭력범죄피해보험금으로 지급합니다.

2 위 1에서 "검찰의 처분결정"이라 함은 검사가 피의자에게 공소제기(이하 "기소"라 하며, 약식기소를 포함) 또는 불기소처분을 한 것을 말하며, 검사에 의해 불기소된 때에는 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서를 회사에 제출한 경우(죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있어야 합니다) 피보험자를 성폭력범죄의 피해자로 인정합니다.

3 위 1 및 2에서 "성폭력범죄"라 함은 다음의 각 호를 말합니다.

① 형법 제32장(강간과 추행의 죄)에서 정한 죄

② 형법 제38장(절도와 강도의 죄) 제339조(강도강간)의 죄

③ 성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 제2장 성폭력범죄의 처벌 및 절차에 관한 특례에서 정한 죄. 단, 동법 제12조(성적 목적을 위한 공공장소 침입행위), 제13조(통신매체를 이용한 음란행위) 및 제14조(카메라 등을 이용한 촬영)는 제외합니다.

④ 아동·청소년의 성보호에 관한 법률 제7조(아동·청소년에 대한 강간·강제추행 등)에서 정한 죄

4 위 3의 각 호의 범죄로서 다른 법률에 따라 가중처벌되는 죄는 성폭력범죄로 봅니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

① 보험금 청구서(회사양식)
② 법원의 판결문 또는 검찰의 공소장, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서(죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

4. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

5. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

38 | 강력범죄피해보험금 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 일상생활 중에 다음 각 호에서 정하는 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 강력범죄피해보험금으로 지급합니다.

① 형법 제24장에서 정하는 살인죄
② 형법 제25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
③ 형법 제32장에서 정하는 강간죄
④ 형법 제38장에서 정하는 강도죄
⑤ 「폭력행위 등 처벌에 관한 법률」(이하 폭처법 이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

2 위 1에도 불구하고 위 1에 정한 ①의 살인, ②의 상해와 폭행 및 ⑤의 폭력 등으로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보장합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

① 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 폭처법 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
② 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
③ 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
④ 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해

4. (손해의 발생과 통지)

1 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.

① 경찰서 사건신고확인원(관할경찰서장 발행)
② 의사진단서 등

2 회사는 필요한 경우에 피보험자 또는 그와 세대를 같이하는 친족 등을 대상으로 사고상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

특별약관

제2장 질병관련

어려운 용어는 프로미라이프 용어사전 참고 ····· 27
인용 법규는 약관에서 인용한 법규 참고 ····· 563

1 | 질병사망 특별약관

1-1 | 질병사망(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 질병으로 인해 사망하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 위 ②의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 ②의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (특별약관의 소멸)

① 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ① 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

④ 위 ③의 규정에도 불구하고 피보험자, 보험수익자 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 32.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

1-2 | 질병사망(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 질병으로 인해 사망하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

4. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

5. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
4 위 3의 규정에도 불구하고 피보험자, 보험수익자 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 32.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

2 | 질병사망유족자금(매월10년간지급) 특별약관

2-1 | 질병사망유족자금(매월10년간지급)(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병으로 인해 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 10년동안 매월 사고발생일에 보험수익자에게 질병사망유족자금으로 확정 지급합니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.

구분	지급금액(1회 지급액)	지급방법
질병사망 유족자금 (매월10년간지급)	이 특별약관의 보험가입금액	10년동안 매월 사고발생일에 확정지급(총120회)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.
5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

6 1.(보험금의 지급사유)의 질병사망유족자금은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급

이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인한 금액을 지급합니다.

3. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망유족자금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
4 위 3의 규정에도 불구하고 피보험자, 보험수익자 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 32.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

2-2 | 질병사망유족자금(매월10년간지급)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병으로 인해 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 10년동안 매월 사고발생일에 보험수익자에게 질병사망유족자금으로 확정 지급합니다. 다만, 사고발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 사고발생일로 합니다.

구분	지급금액(1회 지급액)	지급방법
질병사망 유족자금 (매월10년간지급)	이 특별약관의 보험가입금액	10년동안 매월 사고발생일에 확정지급(총120회)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.
5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

6 1.(보험금의 지급사유)의 질병사망유족자금은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급

이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인한 금액을 지급합니다.

3. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

4. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

5. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망유족자금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
4 위 3의 규정에도 불구하고 피보험자, 보험수익자 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 32.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유), 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무) 및 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

3 | 질병80%이상후유장해 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병80%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에

확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

3 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

4 위 3에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

5 위 4의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 4의 청약일로 하여 적용합니다.

7 장해 분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해 분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해 분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

8 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

9 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

10 다른 질병으로 인해 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

11 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 10에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

3. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제) 1.②, 보통약관 5.(보험금

을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

4 | 질병80%이상후유장해생활자금(매월10년간지급) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 10년동안 매월 진단 확정일에 보험수익자에게 질병80%이상후유장해생활자금으로 확정 지급합니다. 다만, 진단 확정일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 진단 확정일로 합니다.

구분	지급금액(1회 지급액)	지급방법
질병80%이상후유장해 생활자금 (매월10년간지급)	이 특별약관의 보험가입금액	10년동안 매월 진단 확정일에 확정지급(총120회)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

3 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

4 위 3에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

5 위 4의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 4의 청약일로 하여 적용합니다.

7 장해 분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해 분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해 분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

8 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

9 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

10 다른 질병으로 인해 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해

보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 ⑩에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑫ 1.(보험금의 지급사유)의 질병80%이상후유장해생활자금은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인한 금액을 지급합니다.

3. (특별약관의 소멸)

① 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상후유장해생활자금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ① 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제) ①.②, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

5 | 질병50%이상후유장해 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 질병50%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 1.(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 위 ③에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 위 ④의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 4의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

7 장해 분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해 분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해 분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

8 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

9 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

10 다른 질병으로 인해 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

11 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 10에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

3. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

6 | 질병50%이상후유장해생활자금(매월10년간지급) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 10년동안 매월 진단 확정일에 보험수익자에게 질병50%이상후유장해생활자금으로 확정 지급합니다. 다만, 진단확정일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 진단 확정일로 합니다.

구분	지급금액(1회 지급액)	지급방법
질병50%이상 후유장해생활자금 (매월10년간지급)	이 특별약관의 보험가입금액	10년동안 매월 진단확정일에 확정지급(총120회)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

3 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

4 위 3에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

5 위 4의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 4의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

7 장해 분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해 분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해 분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

8 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

9 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

10 다른 질병으로 인해 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

11 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 10에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

12 1.(보험금의 지급사유)의 질병50%이상후유장해생활자금은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인한 금액을 지급합니다.

3. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출

금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

7 | 질병장애진단비(1~2급) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 진단 확정된 질병으로 '장애인복지법 시행령' 제2조 및 '장애인복지법 시행규칙' 제2조의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐성장애, 정신장애, 간질장애 제외)가 발생하고, 1급 또는 2급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인)이 되었을 때 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병장애진단비(1~2급)로 보험수익자에게 지급합니다.

인용 문구

장애인복지법 시행령 제2조 (장애인의 종류 및 기준)

① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 「장애인복지법 시행령」 별표 1에서 정한 자를 말한다.

② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다.

장애인복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등)

① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애인의 장애등급은 「장애인복지법 시행규칙」 별표 1과 같다.

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

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 피보험자의 질병이 보험기간 중 진단확정되었으나, 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 보건복지부 「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기에 따라 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 1.(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

2 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급에 해당되는 보험금을 지급합니다. 단, '장애인복지법 시행규칙' 별지서식 장애인증명서의 '장애종별 및 등급'에 기재된 주장애를 기준으로 하고, 해당 장애가 부장애인 경우는 제외합니다.

3 이 특별약관의 「장애등급의 판정기준」이 「장애인복지법 및 장애인복지법 시행규칙」(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.

4 위 3에도 불구하고 '법령'의 개정으로 「장애등급의 판정기준」이 폐지 또는 변경되어 10.(보험금의 지급사유) 해당하는 장애등급 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「장애등급의 판정기준」에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

보험 지식

예시) 장애등급 판정기준이 현행 1~6등급에서 장애등급 판정기준이 '중증'과 '경증'으로 변경되는 경우 등

5 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

6 위 5에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

7 위 6의 '이 특별약관 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보

험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

8 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 6의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

9 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 1 또는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
② 피보험자의 선천적 기형, 선천적 질환 및 이에 근거한 상병
③ 피보험자의 출생과정에서 발생한 원인으로 인한 장애발생
④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

4. (보험금의 청구)

1 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 장애인등록증
③ 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
⑤ 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에 한합니다.)
⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.③의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 질병장애진단비(1~2급)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무) 및 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

8 | 질병장애진단비(1~3급) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 진단 확정된 질병으로 '장애인복지법 시행령' 제2조 및 '장애인복지법 시행규칙' 제2조의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐성장애, 정신장애, 간질장애 제외)가 발생하고, 1급, 2급 또는 3급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시

각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인)이 되었을 때 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병장애진단비(1~3급)로 보험수익자에게 지급합니다.

인용문구

장애인복지법 시행령 제2조 (장애인의 종류 및 기준)

① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 「장애인복지법 시행령」 별표 1에서 정한 자를 말한다.

② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다.

인용문구

장애인복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등)

① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애인의 장애등급은 「장애인복지법 시행규칙」 별표 1과 같다.

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

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 피보험자의 질병이 보험기간 중 진단확정되었으나, 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 보건복지부 「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기에 따라 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 1.(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

2 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급에 해당되는 보험금을 지급합니다. 단, '장애인복지법 시행규칙' 별지서식 장애인증명서의 '장애종별 및 등급'에 기재된 주장애를 기준으로 하고, 해당 장애가 부장애인 경우는 제외합니다.

3 이 특별약관의 「장애등급의 판정기준」이 「장애인복지법 및 장애인복지법 시행규칙」(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.

4 위 3에도 불구하고 '법령'의 개정으로 「장애등급의 판정기준」이 폐지 또는 변경되어 10.(보험금의 지급사유) 해당하는 장애등급 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「장애등급의 판정기준」에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

보험지식

예시) 장애등급 판정기준이 현행 1~6등급에서 장애등급 판정기준이 '중증'과 '경증'으로 변경되는 경우 등

5 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

6 위 5에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

7 위 6의 '이 특별약관 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

8 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 6의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

9 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 1 또는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
② 피보험자의 선천적 기형, 선천적 질환 및 이에 근거한 상병
③ 피보험자의 출생과정에서 발생한 원인으로 인한 장애발생
④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

4. (보험금의 청구)

1 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 장애인등록증
③ 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
⑤ 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에 한합니다.)
⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.③의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 질병장애진단비(1~3급)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무) 및 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

9 | 질병장애진단비(1~4급) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 진단 확정된 질병으로 '장애인복지법 시행령' 제2조 및 '장애인복지법 시행규칙' 제2조의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐성장애, 정신장애, 간질장애 제외)가 발생하고, 1급, 2급, 3급 또는 4급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인)이 되었을 때 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병장애진단비(1~4급)로 보험수익자에게 지급합니다.

인용문구

장애인복지법 시행령 제2조 (장애인의 종류 및 기준)

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

인용 문구

장애인복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등)

① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애인의 장애등급은 「장애인복지법 시행규칙」 별표 1과 같다.

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

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 피보험자의 질병이 보험기간 중 진단확정되었으나, 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 보건복지부 「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기에 따라 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 1.(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

2 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급에 해당되는 보험금을 지급합니다. 단, '장애인복지법 시행규칙' 별지서식 장애인증명서의 '장애종별 및 등급'에 기재된 주장애를 기준으로 하고, 해당 장애가 부장애인 경우는 제외합니다.

3 이 특별약관의 「장애등급의 판정기준」이 「장애인복지법 및 장애인복지법 시행규칙」(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.

4 위 3에도 불구하고 '법령'의 개정으로 「장애등급의 판정기준」이 폐지 또는 변경되어 10.(보험금의 지급사유) 해당하는 장애등급 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「장애등급의 판정기준」에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

보험 지식

예시) 장애등급 판정기준이 현행 1~6등급에서 장애등급 판정기준이 '중증'과 '경증'으로 변경되는 경우 등

5 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

6 위 5에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

7 위 6의 '이 특별약관 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

8 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 6의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

9 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 1 또는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
② 피보험자의 선천적 기형, 선천적 질환 및 이에 근거한 상병
③ 피보험자의 출생과정에서 발생한 원인으로 인한 장애발생
④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

4. (보험금의 청구)

1 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 장애인등록증
③ 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
⑤ 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에 한합니다.)
⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.③의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 질병장애진단비(1~4급)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무) 및 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

10 | 질병입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

10-1 | 질병입원일당(1일이상180일한도)(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 진단확정된 질병으로 인해 「병원 또는 의원」(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 입원첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

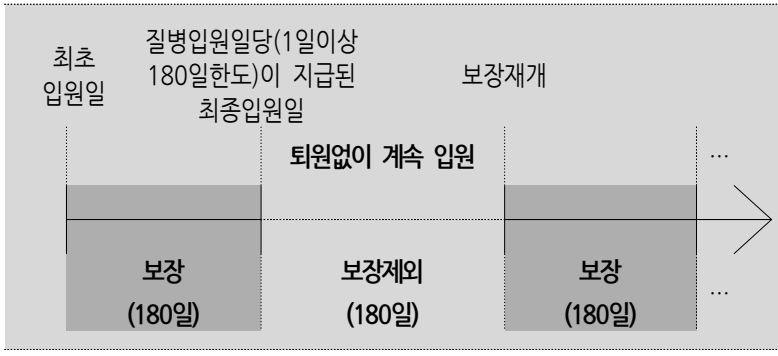
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 상기 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1.(보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 1 및 2를 적용하여 질병입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

7 위 6에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

8 위 7의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 8의 청약일로 하여 적용합니다.

10 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환

4. ("입원"의 정의와 장소)

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

10-2 | 질병입원일당(1일이상180일한도)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 진단확정된 질병으로 인해 「병원 또는 의원」(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 입원첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

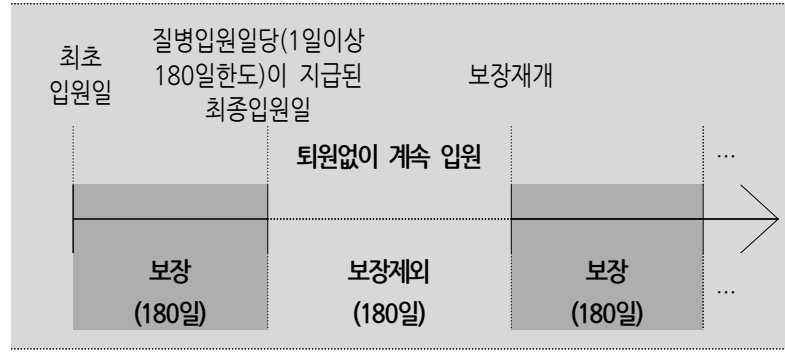
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 상기 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1.(보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 1 및 2를 적용하여 질병입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

7 위 6에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

8 위 7의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 8의 청약일로 하여 적용합니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환

4. ("입원"의 정의와 장소)

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
   ① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
   ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
   ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

6. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

7. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

11 | 질병입원일당(병원종류별차등지급)(1일이상180일한도)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원(한방병원, 종합병원, 상급종합병원을 포함합니다) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 입원첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

2 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 종합병원에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 입원첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액의 50%를 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

3 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 상급종합병원에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 입원첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액의 250%를 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

보험 지식

지급보험금 예시

기준 : 보험가입금액 10,000원

사례1 : 피보험자가 질병으로 병원(종합병원, 상급종합병원 제외)에 입원한 경우
→ 입원 1일당 10,000원 지급

사례2 : 피보험자가 질병으로 종합병원(상급종합병원 제외)에 입원한 경우
→ 입원 1일당 15,000원 지급(질병입원일당 10,000원 + 종합병원 질병입원일당 5,000원)

사례3 : 피보험자가 질병으로 상급종합병원에 입원한 경우
→ 입원 1일당 40,000원 지급(질병입원일당 10,000원 + 종합병원 질병입원일당 5,000원 + 상급종합병원 질병입원일당 25,000원)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1.(보험금의 지급사유) 1, 2 및 3의 보험금의 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각각 그 보험금을 지급합니다.

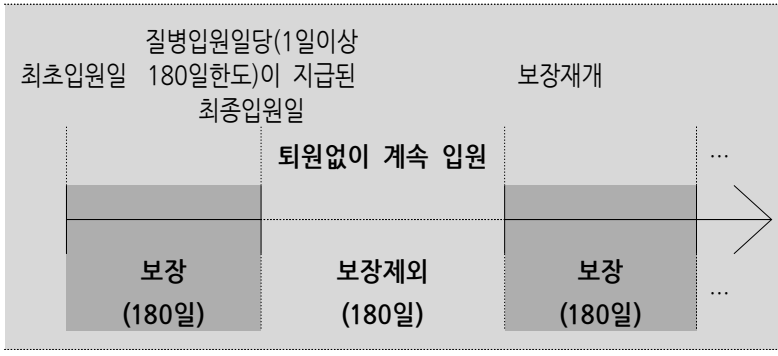
2-1. (보험금 지급에 관한 세부규정(질병입원일당(1일이상180일한도)))

1 1.(보험금의 지급사유) 1의 질병입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1.(보험금의 지급사유) 1의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 1 및 2를 적용하여 질병입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

7 위 6에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

8 위 7의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 4의 청약일로 하여 적용합니다.

10 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유) 1의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

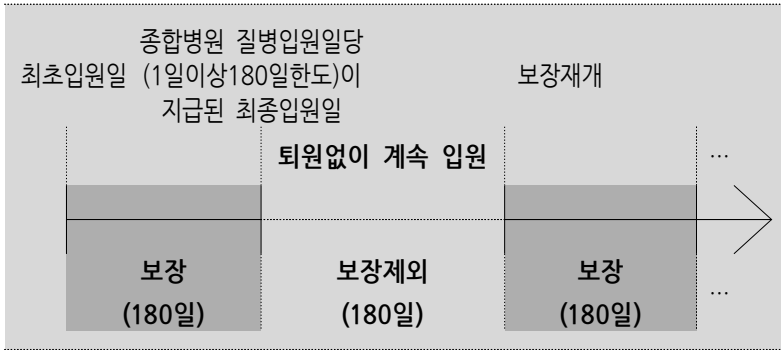
2-2. (보험금 지급에 관한 세부규정(종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)))

1 1.(보험금의 지급사유) 2의 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다. 이 경우 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1.(보험금의 지급사유) 2의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1.(보험금의 지급사유) 2에 따라 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1.(보험금의 지급사유) 2의 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

7 위 6에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

8 위 7의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 4의 청약일로 하여 적용합니다.

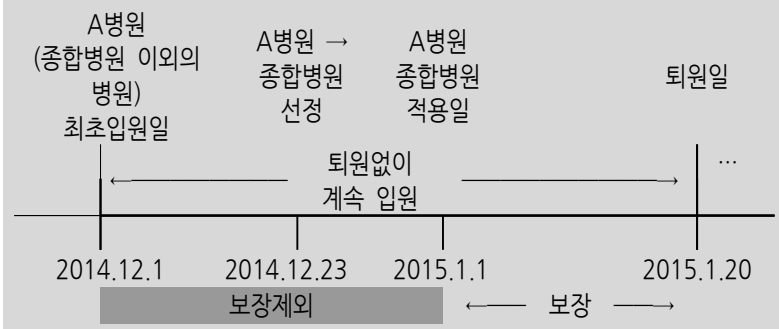
10 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 5.("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1.(보험금의 지급사유) 2에 따라 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

11 피보험자가 5.("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1.(보험금의 지급사유) 2에 따라 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

12 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 5.("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 경우 종합병원 적용일부터 1.(보험금의 지급사유) 2에 따라 지급합니다.

보험 지식

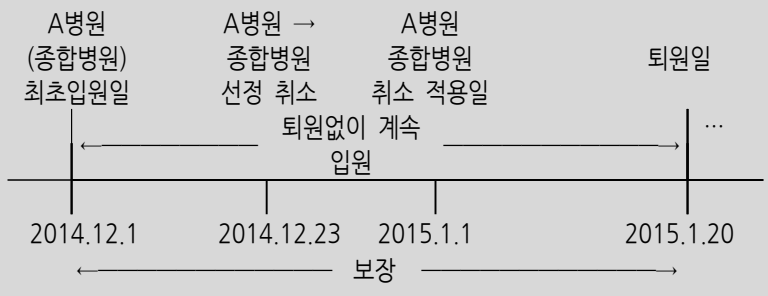
종합병원 이외의 병원 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우 보장예시



13 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 5.("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1.(보험금의 지급사유) 2에 따라 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

보험 지식

종합병원 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우 보장예시



14 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유) 2의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

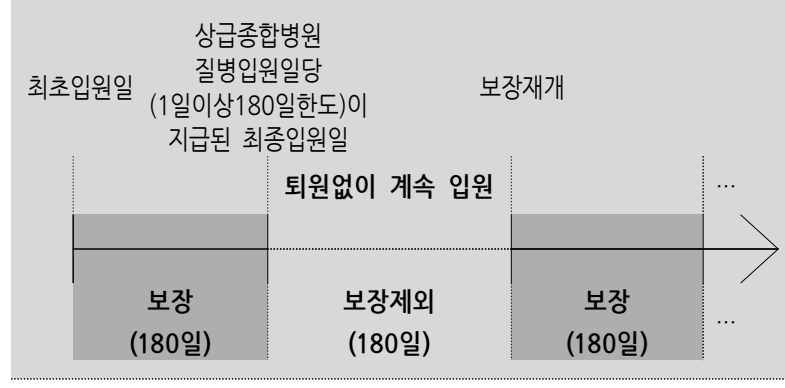
2-3. (보험금 지급에 관한 세부규정(상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)))

1 1.(보험금의 지급사유) 3의 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1.(보험금의 지급사유) 3의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1.(보험금의 지급사유) 3에 따라 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1.(보험금의 지급사유) 3의 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

7 위 6에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

8 위 7의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지

가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 4의 청약일로 하여 적용합니다.

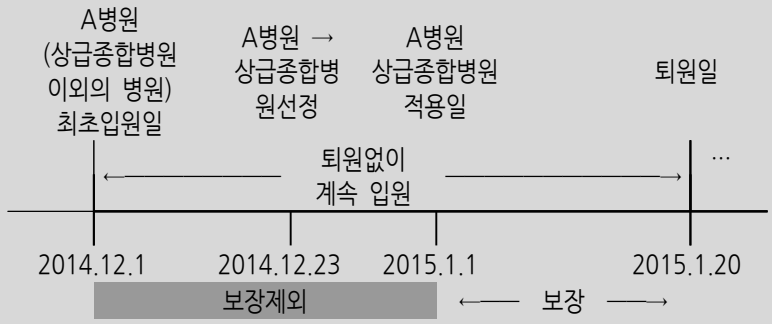
10 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 6.("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1.(보험금의 지급사유) 3에 따라 상급종합병원 질병입원일당(1일 이상180일한도)을 지급합니다.

11 피보험자가 6.("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1.(보험금의 지급사유) 3에 따라 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

12 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 6.("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우 상급종합병원 적용일부터 1.(보험금의 지급사유) 3에 따라 지급합니다.

보험 지식

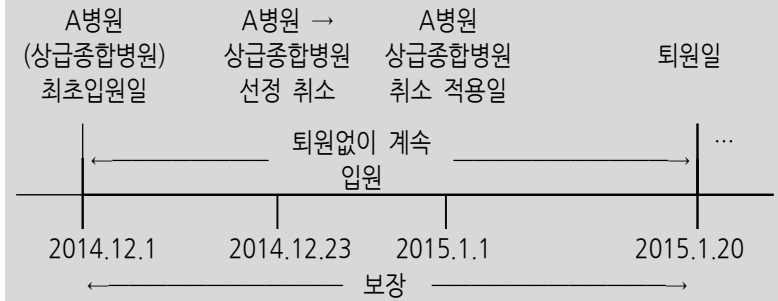
상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 보장예시



13 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 6.("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1.(보험금의 지급사유) 3에 따라 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

보험 지식

상급종합병원 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 보장예시



14 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유) 3의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 아래에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

구분	의료기관
질병입원일당 (1일이상180일한도)	의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원(한방병원, 종합병원, 상급종합병원을 포함합니다), 의원(한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관
종합병원 질병입원일당 (1일이상180일한도)	의료법 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원
상급종합병원 질병입원일당 (1일이상180일한도)	의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원

5. (“종합병원”의 정의)

“종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

6. (“상급종합병원”의 정의)

“상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

7. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5.(“종합병원”의 정의)의 종합병원 지정기준 또는 6.(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원개시일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 “종합병원 입원” 및 “상급종합병원 입원”과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 “종합병원”, “상급종합병원”제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 “종합병원”, “상급종합병원”제도의 변경으로 5.(“종합병원”의 정의)의 종합병원 또는 6.(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관 내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

8. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년 미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

9. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및

금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

10. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

11. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

12 | 질병수술입원일당(1일이상60일한도) 특별약관

12-1 | 질병수술입원일당(1일이상60일한도)(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 아래에 모두 해당하는 경우(이하 “수술입원”이라 합니다)에는 최초 입원일부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술입원일당(1일이상60일한도)으로 지급합니다.

① 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우

② 질병의 치료를 직접적인 목적으로 5.(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우

③ 상기 ①과 ②는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 질병수술입원일당(1일이상60일한도) 지급일수는 1회 수술입원당 60일을 한도로 합니다.

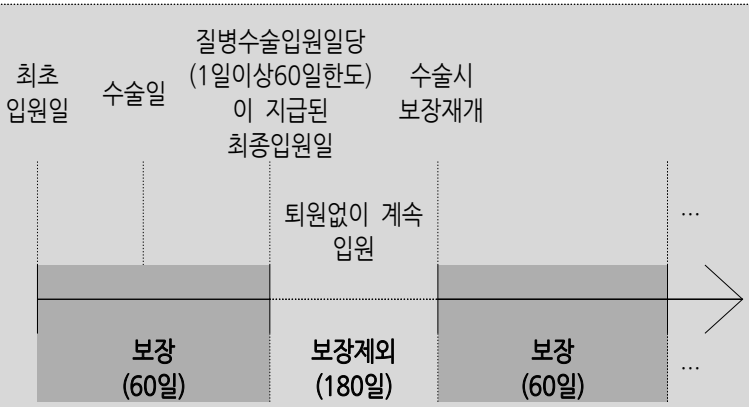
2 “수술” 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 “수술입원”으로 보아 각 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

보험 지식

<보상예시> 동일한 질병으로 30일간 수술입원, 퇴원 후 30일간 재입원시

3 위 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병수술입원일당(1일이상60일한도)이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 "수술"을 받은 경우에는 또다른 "수술입원"으로 보아 새로운 입원일부터 입원 1일당 질병수술입원일당(1일이상60일한도)을 지급합니다. 다만, 아래와 같이 질병수술입원일당(1일이상60일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병수술입원일당(1일이상60일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 "수술입원"하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술입원에 대하여는 위 1, 2 및 1.(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술입원일당(1일이상60일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병수술입원일당(1일이상60일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 "수술"이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일로부터 180일 이전 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 "수술"이며, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술입원일당(1일이상60일한도)을 위 1 내지 5에 따라 지급합니다.

보험 지식

<수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준>

① 최초 입원일의 180일 이전일 전 수술시 미보장
② 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술입원일당(1일이상60일한도)을 2.(보험금 지급에 관한 세부규정)의 1 내지 5에 따라 보장
③ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술입원일당(1일이상60일한도)을 2.(보험금 지급에 관한 세부규정)의 1 내지 5에 따라 보장
④ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

7 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지

급하지 않습니다.

8 위 7에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

9 위 8의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

10 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 8의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

11 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

⑤ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

⑥ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑦ 성병

⑧ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑨ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

⑩ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

⑪ 위생관리, 미모를 위한 성형수술

⑫ 정상분만

2 회사는 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F04~F99)

② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)

④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)

⑤ 비만(E66)

⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)

⑦ 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)

⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

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

① 건강검진, 예방접종, 인공유산

② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자확인을 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([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

⑥ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

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

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

다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

4. ("입원"의 정의와 장소)

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

5. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

12-2 | 질병수술입원일당(1일이상60일한도)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 아래에 모두 해당하는 경우(이하 "수술입원"이라 합니다)에는 최초 입원일부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술입원일당(1일이상60일한도)으로 지급합니다.

① 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우

② 질병의 치료를 직접적인 목적으로 5.(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우

③ 상기 ①과 ②는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

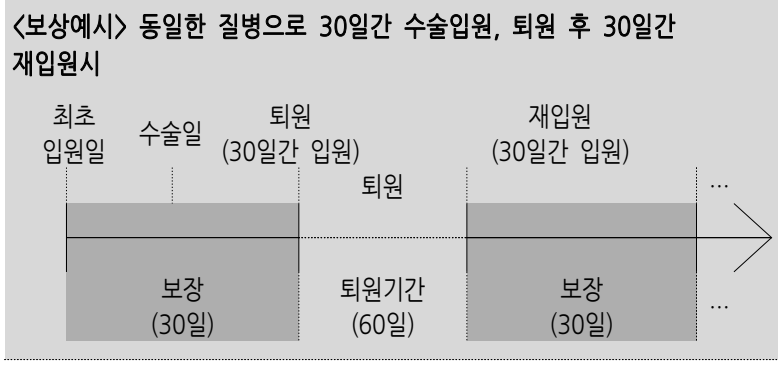
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 질병수술입원일당(1일이상60일한도) 지급일수는 1회 수술입원당 60일을 한도로 합니다.

2 "수술" 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 "수술입원"으로 보아 각 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

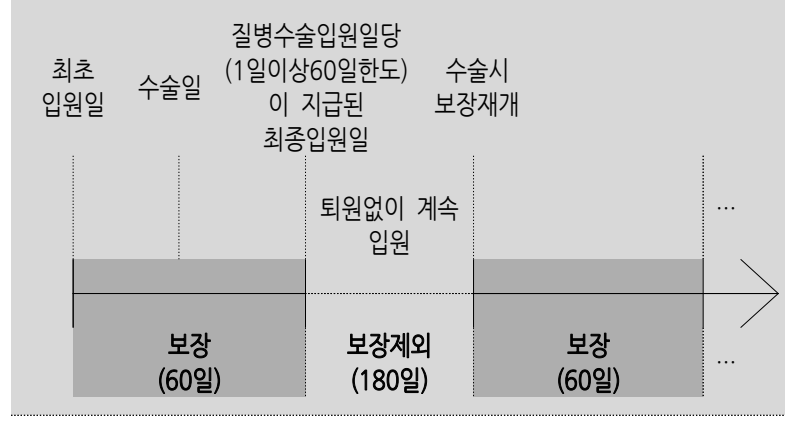
보험 지식

<보상예시> 동일한 질병으로 30일간 수술입원, 퇴원 후 30일간 재입원시



3 위 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병수술입원일당(1일이상60일한도)이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 "수술"을 받은 경우에는 또다른 "수술입원"으로 보아 새로운 입원일부터 입원 1일당 질병수술입원일당(1일이상60일한도)을 지급합니다. 다만, 아래와 같이 질병수술입원일당(1일이상60일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병수술입원일당(1일이상60일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 "수술입원"하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술입원에 대하여는 위 1, 2 및 1.(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술입원일당(1일이상60일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병수술입원일당(1일이상60일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 "수술"이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일로부터 180일 이전 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 "수술"이며, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술입원일당(1일이상60일한도)을 위 1 내지 5에 따라 지급합니다.

보험 지식

<수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준>

① 최초 입원일의 180일 이전일 전 수술시 미보장
② 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술입원일당(1일이상60일한도)을 2.(보험금 지급에 관한 세부규정)의 1 내지 5에 따라 보장
③ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술입원일당(1일이상60일한도)을 2.(보험금 지급에 관한 세부규정)의 1 내지 5에 따라 보장
④ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

7 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

8 위 7에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

9 위 8의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

10 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 8의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

11 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑤ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
⑥ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑦ 성병
⑧ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑨ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑩ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑪ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑫ 정상분만

2 회사는 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 정신 및 행동장애(F04~F99)
② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
⑤ 비만(E66)
⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
⑦ 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 아래 목적의 치료에 따라 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 건강검진, 예방접종, 인공유산
② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자확인을 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([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
⑥ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

4. (“입원”의 정의와 장소)

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

5. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

6. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년 미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

7. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

8. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

13 | 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 진단확정된 질병으로 인해 「병원 또는 의원」(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 중환자실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

2 위 1의 중환자실이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”에서 정한 중환자실을 말합니다.

인용 문구

의료법 시행규칙 별표 4

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 10제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고,
병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

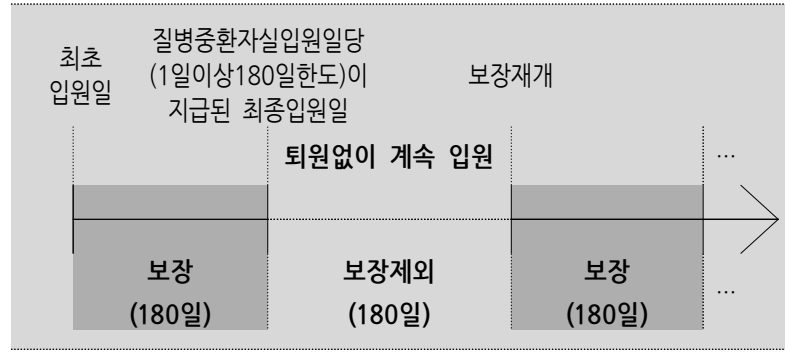
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 질병중환자실입원일당 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 상기 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1.(보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 1 및 2를 적용하여 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

6 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

7 위 6에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도

보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

8 위 7의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 7의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

10 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환

4. ("입원"의 정의와 장소)

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

14 | 질병수술비 특별약관

14-1 | 질병수술비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 진단확정된 질

병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 위 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

2 1.(보험금의 지급사유)의 질병수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

3 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

4 위 3에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

5 위 4의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 4의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

7 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비는 보장하지 않습니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F04~F99)

② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)

④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)

⑤ 비만(E66)

⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)

⑦ 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)

⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산

② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내,체외 인

공수정을 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([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
⑥ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.
3 위 1의 수술에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 않습니다.

14-2 | 질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 진단 확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 위 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

2 1.(보험금의 지급사유)의 질병수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

3 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

4 위 3에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

5 위 4의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 4의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

7 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비는 보장하지 않습니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대해서는 보장하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F04~F99)

② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)

④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)

⑤ 비만(E66)

⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)

⑦ 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)

⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산
② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자확인을 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([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
⑥ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.
3 위 1의 수술에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

6. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

7. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

15 | 21대질병수술비 특별약관

15-1 | 21대질병수술비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 21대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 21대질병수술비를 지급합니다.

구분	지급금액	
당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 폐렴, 관절염, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 생식기질환 수술시	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%
담석증, 사타구니 탈장, 편도염, 축농증 수술시	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 **15%**
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 **30%**
치핵 수술시	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 **5%**
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 **10%**

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 위 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 21대질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

2 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

3 위 2에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

4 위 3의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 3의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("21대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "21대질병"이라 함은 「21대질병 분류표」(【별표37】21대질병 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 폐렴, 관절염, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 생식기질환, 담석증, 사타구니 탈장, 편도염, 축농증, 치핵을 말합니다.

① 위 1에서의 "당뇨병"이라 함은 당뇨병으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 당뇨병 참조)을 말합니다.

② 위 1에서의 "심장질환"이라 함은 급성 류마티스열, 만성 류마티스 심장질환, 허혈심장질환, 폐성 심장병 및 폐순환의 질환, 기타형태의 심장병으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 심장질환 참조)을 말합니다.

③ 위 1에서의 "고혈압"이라 함은 고혈압 질환으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 고혈압 참조)을 말합니다.

④ 위 1에서의 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관 질환으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다.

⑤ 위 1에서의 "간질환"이라 함은 바이러스 간염, 간의 질환으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 간질환 참조)을 말합니다.

⑥ 위 1에서의 "위·십이지장궤양"이라 함은 위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성 궤양으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 위궤양 및 십이지장궤양 참조)을 말합니다.

⑦ 위 1에서의 "갑상선질환"이라 함은 갑상선의 장애, 처치후 갑상선기능저하증, 방사선 조사후 갑상선기능저하증, 수술후 갑상선기능저하증으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 갑상선질환 참조)을 말합니다.

⑧ 위 1에서의 "동맥경화증"이라 함은 죽상경화증으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 동맥경화증 참조)을 말합니다.

⑨ 위 1에서의 "만성하부호흡기질환"이라 함은 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염, 상세불명의 만성 기관지염, 천식, 천식지속 상태로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 만성하부호흡기질환 참조)을 말합니다.

⑩ 위 1에서의 "폐렴"이라 함은 달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴, 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴, 인플루엔자균에 의한 폐렴, 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴, 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴, 달리 분류된 질환에서의 폐렴, 상세불명 병원체의 폐렴, 재향군인병, 폐렴이 합병된 홍역으로 분류

되는 질병(21대질병 분류표 중 폐렴 참조)을 말합니다.

⑪ 위 1에서의 "관절염"이라 함은 감염성 관절병증, 염증성 다발관절병증, 관절증, 기타 관절장애로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 관절염 참조)을 말합니다.

⑫ 위 1에서의 "백내장"이라 함은 노년백내장, 기타 백내장, 수정체의 기타장애로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 백내장 참조)을 말합니다.

⑬ 위 1에서의 "녹내장"이라 함은 녹내장, 달리 분류된 질환에서의 녹내장으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 녹내장 참조)을 말합니다.

⑭ 위 1에서의 "결핵"이라 함은 결핵, 결핵의 후유증으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 결핵 참조)을 말합니다.

⑮ 위 1에서의 "신부전"이라 함은 신부전으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 신부전 참조)을 말합니다.

⑯ 위 1에서의 "생식기질환"이라 함은 남성생식기관의 질환, 여성 골반내 기관의 염증성 질환, 여성생식기관의 비염증성 장애(습관유산자, 여성불임, 인공수정과 관련된 합병증은 제외), 달리분류되지 않은 비뇨생식기계통의 처치후 장애로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 생식기질환)을 말합니다.

⑰ 위 1에서의 "담석증"이라 함은 담석증으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 담석증 참조)을 말합니다.

⑱ 위 1에서의 "사타구니 탈장"이라 함은 사타구니 탈장으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 사타구니 탈장 참조)을 말합니다.

⑲ 위 1에서의 "편도염"이라 함은 편도염으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 편도염 참조)을 말합니다.

⑳ 위 1에서의 "축농증"이라 함은 축농증으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 축농증 참조)을 말합니다.

㉑ 위 1에서의 "치핵"이라 함은 치핵으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 치핵 참조)을 말합니다.

2 위 1의 "21대질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 21대질병수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것(단, 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술 포함)을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

15-2 | 21대질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 21대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 21대질병수술비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액
당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 폐렴, 관절염, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 생식기질환 수술시	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 50% 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 100%
담석증, 사타구니 탈장, 편도염, 축농증 수술시	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 **15%** 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 **30%**
치핵 수술시	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 **5%** 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 **10%**

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 폐렴, 관절염, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 생식기질환 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 100%
담석증, 사타구니 탈장, 편도염, 축농증 수술시	**이 특별약관 보험가입금액의 30%**
치핵 수술시	**이 특별약관 보험가입금액의 10%**

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 위 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 21대질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

2 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

3 위 2에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

4 위 3의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 3의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("21대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "21대질병"이라 함은 「21대질병 분류표」(【별표37】21대질병 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 폐렴, 관절염, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 생식기질환, 담석증, 사타구니 탈장, 편도염, 축농증, 치핵을 말합니다.

① 위 1에서의 "당뇨병"이라 함은 당뇨병으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 당뇨병 참조)을 말합니다.

② 위 1에서의 "심장질환"이라 함은 급성 류마티스열, 만성 류마티스 심장질환, 허혈심장질환, 폐성 심장병 및 폐순환의 질환, 기타형태의 심장병으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 심장질환 참조)을 말합니다.

③ 위 1에서의 "고혈압"이라 함은 고혈압 질환으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 고혈압 참조)을 말합니다.

④ 위 1에서의 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관 질환으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다.

⑤ 위 1에서의 "간질환"이라 함은 바이러스 간염, 간의 질환으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 간질환 참조)을 말합니다.

⑥ 위 1에서의 "위·십이지장궤양"이라 함은 위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성 궤양으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 위궤양 및 십이지장궤양 참조)을 말합니다.

⑦ 위 1에서의 "갑상선질환"이라 함은 갑상선의 장애, 처치후 갑상선기능저하증, 방사선 조사후 갑상선기능저하증, 수술후 갑상선기능저하증으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 갑상선질환 참조)을 말합니다.

⑧ 위 1에서의 "동맥경화증"이라 함은 죽상경화증으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 동맥경화증 참조)을 말합니다.

⑨ 위 1에서의 "만성하부호흡기질환"이라 함은 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염, 상세불명의 만성 기관지염, 천식, 천식지속 상태로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 만성하부호흡기질환 참조)을 말합니다.

⑩ 위 1에서의 "폐렴"이라 함은 달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴, 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴, 인플루엔자균에 의한 폐렴, 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴, 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴, 달리 분류된 질환에서의 폐렴, 상세불명 병원체의 폐렴, 재향군인병, 폐렴이 합병된 홍역으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 폐렴 참조)을 말합니다.

⑪ 위 1에서의 "관절염"이라 함은 감염성 관절병증, 염증성 다발관절병증, 관절증, 기타 관절장애로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 관절염 참조)을 말합니다.

⑫ 위 1에서의 "백내장"이라 함은 노년백내장, 기타 백내장, 수정체의 기타장애로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 백내장 참조)을 말합니다.

⑬ 위 1에서의 "녹내장"이라 함은 녹내장, 달리 분류된 질환에서의 녹내장으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 녹내장 참조)을 말합니다.

⑭ 위 1에서의 "결핵"이라 함은 결핵, 결핵의 후유증으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 결핵 참조)을 말합니다.

⑮ 위 1에서의 "신부전"이라 함은 신부전으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 신부전 참조)을 말합니다.

⑯ 위 1에서의 "생식기질환"이라 함은 남성생식기관의 질환, 여성 골반내 기관의 염증성 질환, 여성생식기관의 비염증성 장애(습관유산자, 여성불임, 인공수정과 관련된 합병증은 제외), 달리분류되지 않은 비뇨생식기계통의 처치후 장애로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 생식기질환)을 말합니다.

⑰ 위 1에서의 "담석증"이라 함은 담석증으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 담석증 참조)을 말합니다.

⑱ 위 1에서의 "사타구니 탈장"이라 함은 사타구니 탈장으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 사타구니 탈장 참조)을 말합니다.

⑲ 위 1에서의 "편도염"이라 함은 편도염으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 편도염 참조)을 말합니다.

⑳ 위 1에서의 "축농증"이라 함은 축농증으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 축농증 참조)을 말합니다.
㉑ 위 1에서의 "치핵"이라 함은 치핵으로 분류되는 질병(21대질병 분류표 중 치핵 참조)을 말합니다.

2 위 1의 "21대질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 21대질병수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것(단, 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술 포함)을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

6. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

7. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

16 | 16대질병수술비 특별약관

16-1 | 16대질병수술비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 16대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 16대질병수술비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
16대질병수술비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 위 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 16대질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

2 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

3 위 2에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

4 위 3의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 3의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("16대질병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "16대질병"이라 함은 「16대질병 분류표」(【별표38】16대질병 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 폐렴, 관절염, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 생식기질환을 말합니다.

1. 위 ①에서의 "당뇨병"이라 함은 당뇨병으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 당뇨병 참조)을 말합니다.
2. 위 ①에서의 "심장질환"이라 함은 급성 류마티스열, 만성 류마티스 심장질환, 허혈심장질환, 폐성 심장병 및 폐순환의 질환, 기타형태의 심장병으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 심장질환 참조)을 말합니다.
3. 위 ①에서의 "고혈압"이라 함은 고혈압 질환으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 고혈압 참조)을 말합니다.
4. 위 ①에서의 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관 질환으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다.
5. 위 ①에서의 "간질환"이라 함은 바이러스 간염, 간의 질환으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 간질환 참조)을 말합니다.
6. 위 ①에서의 "위·십이지장궤양"이라 함은 위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성 궤양으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 위궤양 및 십이지장궤양 참조)을 말합니다.
7. 위 ①에서의 "갑상선질환"이라 함은 갑상선의 장애, 처치후 갑상선기능저하증, 방사선 조사후 갑상선기능저하증, 수술후 갑상선기능저하증으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 갑상선질환 참조)을 말합니다.
8. 위 ①에서의 "동맥경화증"이라 함은 죽상경화증으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 동맥경화증 참조)을 말합니다.
9. 위 ①에서의 "만성하부호흡기질환"이라 함은 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염, 상세불명의 만성 기관지염, 천식, 천식지속 상태로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 만성하부호흡기질환 참조)을 말합니다.
10. 위 ①에서의 "폐렴"이라 함은 달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴, 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴, 인플루엔자균에 의한 폐렴, 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴, 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴, 달리 분류된 질환에서의 폐렴, 상세불명 병원체의 폐렴, 재향군인병, 폐렴이 합병된 홍역으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 폐렴 참조)을 말합니다.
11. 위 ①에서의 "관절염"이라 함은 감염성 관절병증, 염증성 다발관절병증, 관절증, 기타 관절장애로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 관절염 참조)을 말합니다.
12. 위 ①에서의 "백내장"이라 함은 노년백내장, 기타 백내장, 수정체의 기타장애로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 백내장 참조)을 말합니다.
13. 위 ①에서의 "녹내장"이라 함은 녹내장, 달리 분류된 질환에서의 녹내장으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 녹내장 참조)을 말합니다.
14. 위 ①에서의 "결핵"이라 함은 결핵, 결핵의 후유증으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 결핵 참조)을 말합니다.
15. 위 ①에서의 "신부전"이라 함은 신부전으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 신부전 참조)을 말합니다.
16. 위 ①에서의 "생식기질환"이라 함은 남성생식기관의 질환, 여성 골반내 기관의 염증성 질환, 여성생식기관의 비염증성 장애(습관유산자, 여성불임, 인공수정과 관련된 합병증은 제외), 달리분류되지 않은 비뇨생식기계통의 처치후 장애로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 생식기질환)을 말합니다.

② 위 ①의 "16대질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 16대질병수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것(단, 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술 포함)을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)

로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

16-2 | 16대질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 16대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 16대질병수술비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	경과기간	지급금액
16대질병수술비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
16대질병수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 위 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 16대질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

2 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

3 위 2에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도

보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

4 위 3의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 3의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("16대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "16대질병"이라 함은 「16대질병 분류표」(【별표38】16대질병 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 폐렴, 관절염, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 생식기질환을 말합니다.

① 위 1에서의 "당뇨병"이라 함은 당뇨병으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 당뇨병 참조)을 말합니다.

② 위 1에서의 "심장질환"이라 함은 급성 류마티스열, 만성 류마티스 심장질환, 허혈심장질환, 폐성 심장병 및 폐순환의 질환, 기타형태의 심장병으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 심장질환 참조)을 말합니다.

③ 위 1에서의 "고혈압"이라 함은 고혈압 질환으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 고혈압 참조)을 말합니다.

④ 위 1에서의 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관 질환으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다.

⑤ 위 1에서의 "간질환"이라 함은 바이러스 간염, 간의 질환으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 간질환 참조)을 말합니다.

⑥ 위 1에서의 "위·십이지장궤양"이라 함은 위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성 궤양으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 위궤양 및 십이지장궤양 참조)을 말합니다.

⑦ 위 1에서의 "갑상선질환"이라 함은 갑상선의 장애, 처치후 갑상선기능저하증, 방사선 조사후 갑상선기능저하증, 수술후 갑상선기능저하증으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 갑상선질환 참조)을 말합니다.

⑧ 위 1에서의 "동맥경화증"이라 함은 죽상경화증으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 동맥경화증 참조)을 말합니다.

⑨ 위 1에서의 "만성하부호흡기질환"이라 함은 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염, 상세불명의 만성 기관지염, 천식, 천식지속 상태로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 만성하부호흡기질환 참조)을 말합니다.

⑩ 위 1에서의 "폐렴"이라 함은 달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴, 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴, 인플루엔자균에 의한 폐렴, 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴, 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴, 달리 분류된 질환에서의 폐렴, 상세불명 병원체의 폐렴, 재향군인병, 폐렴이 합병된 홍역으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 폐렴 참조)을 말합니다.

⑪ 위 1에서의 "관절염"이라 함은 감염성 관절병증, 염증성 다발관절병증, 관절증, 기타 관절장애로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 관절염 참조)을 말합니다.

⑫ 위 1에서의 "백내장"이라 함은 노년백내장, 기타 백내장, 수정체의 기타장애로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 백내장 참조)을 말합니다.

⑬ 위 1에서의 "녹내장"이라 함은 녹내장, 달리 분류된 질환에서의 녹내장으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 녹내장 참조)을 말합니다.

⑭ 위 1에서의 "결핵"이라 함은 결핵, 결핵의 후유증으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 결핵 참조)을 말합니다.

⑮ 위 1에서의 "신부전"이라 함은 신부전으로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 신부전 참조)을 말합니다.

⑯ 위 1에서의 "생식기질환"이라 함은 남성생식기관의 질환, 여성 골반내 기관의

염증성 질환, 여성생식기관의 비염증성 장애(습관유산자, 여성불임, 인공수정과 관련된 합병증은 제외), 달리분류되지 않은 비뇨생식기계통의 처치후 장애로 분류되는 질병(16대질병 분류표 중 생식기질환)을 말합니다.

2 위 1의 "16대질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 16대질병수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것(단, 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술 포함)을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

6. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

7. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

17 | 암사망 특별약관

17-1 | 암사망(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 그 암, 그 기타피부암 또는 갑상선암으로 인하여 보험기간 중에 사망한 경우에는 다음과 같이 암사망보험금을 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 사망시	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 단, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 사망하여 그 후에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 1.(보험금의 지급사유)의 암사망보험금을 지급합니다. 다만, “암에 대한 보장개시일”의 전일 이전에 “암”으로 진단확정된 경우에는 암사망보험금을 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)」(【별표8-1】악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

보험 지식

유의사항

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

2 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8-2】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조. 이하 같습니다) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8-2】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조. 이하 같습니다) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

4 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 암사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4 위 3의 규정에도 불구하고 피보험자, 보험수익자 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 32.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

17-2 | 암사망(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 그 암, 그 기타피부암 또는 갑상선암으로 인하여 보험기간 중에 사망한 경우에는 다음과 같이 암사망보험금을 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	경과기간	지급금액
암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 사망시	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
암, 기타피부암 또는 갑상선암	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1에서 암에 대한 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

① 최초계약의 경우

구분	보장개시일(책임개시일)
암	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
기타피부암 및 갑상선암	제1회 보험료를 받은 때

② 갱신계약의 경우

구분	보장개시일(책임개시일)
암, 기타피부암 또는 갑상선암	이 특별약관의 갱신일

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 사망하여 그 후에 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 1.(보험금의 지급사유)의 암사망보험금을 지급합니다. 다만, "암에 대한 보장개시일"의 전일 이전에 "암"으로 진단확정된 경우에는 암사망보험금을 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)」(【별표8-1】악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

보험 지식

유의사항

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

2 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8-2】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조. 이하 같습니다) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8-2】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조. 이하 같습니다) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

4 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

7. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

8. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 암사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
4 위 3의 규정에도 불구하고 피보험자, 보험수익자 또는 계약자의 고의로 인해 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 32.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

18 | 암80%이상후유장해 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 진단 확정된 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로「장해분류표」(【별표 1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을때 다음과 같이 1회에 한하여 암80%이상후유장해보험금을 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 80%이상후유장해시 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 단, 갑상선암 및 기타피부암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
2 위 1에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
3 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
4 위 3에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
5 위 4의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 4의 청약일로 하여 적용합니다.
7 장해 분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해 분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해 분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

8 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

9 같은 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

10 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

11 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 10에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

3. ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)」(【별표8-1】악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

보험 지식

유의사항

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

2 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8-2】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조. 이하 같습니다) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8-2】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조. 이하 같습니다) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

4 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 암80%이상후유장해 보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)은 적용하지 않습니다.

19-1| 암진단비 (유사암 및 대장점막내암 제외) 특별약관

19-1 | 암진단비(유사암 및 대장점막내암 제외)(세만기) 특별약관-1

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(유사암 및 대장점막내암 제외)으로 진단확정된 경우 이 특별약관에 따라 다음의 금액을 지급합니다.

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
암진단비(유사암 및 대장점막내암 제외)(1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("암(유사암 및 대장점막내암 제외)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암(유사암 및 대장점막내암 제외)"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)」(【별표8-1】악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만,

전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 아래 2에서 정한 「대장점막내암」은 제외합니다.

보험 지식

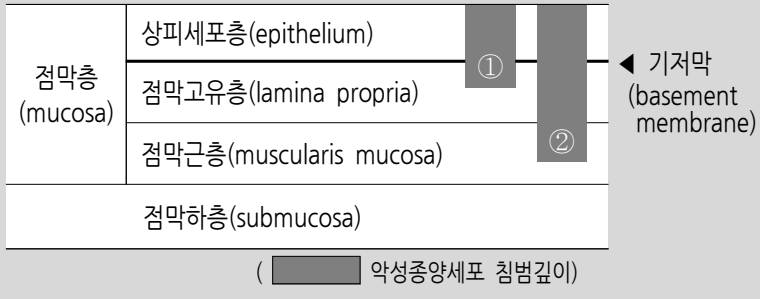
유의사항

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

2 이 특별약관에 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.

보험 지식

대장점막내암 예시



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

3 "암(유사암 및 대장점막내암 제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암 및 대장점막내암 제외)"로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암 및 대장점막내암 제외)로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암 및 대장점막내암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 암진단비(유사암 및 대장점막내암 제외)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

19-1 | 암진단비(유사암 및 대장점막내암 제외)(3년만기자동갱신) -2 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(유사암 및 대장점막내암 제외)으로 진단확정된 경우 이 특별약관에 따라 다음의 금액을 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	경과기간	지급금액
암진단비(유사암 및 대장점막내암 제외)(1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
암진단비(유사암 및 대장점막내암 제외)(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1에서 암에 대한 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
최초계약의 경우	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
갱신계약의 경우	이 특별약관의 갱신일

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("암(유사암 및 대장점막내암 제외)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암(유사암 및 대장점막내암 제외)"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)」(【별표8-1】악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 아래 2에서 정한 「대장점막내암」은 제외합니다.

보험 지식

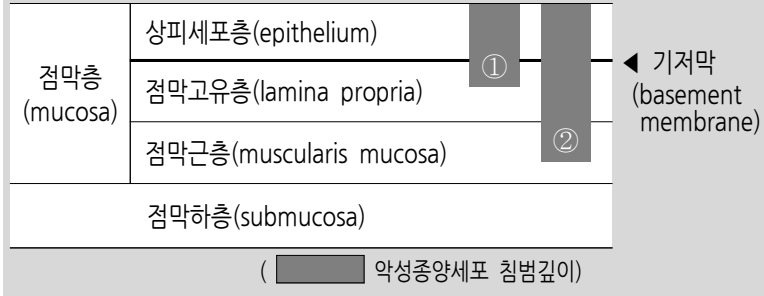
유의사항

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

2 이 특별약관에 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.

보험 지식

대장점막내암 예시



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

3 "암(유사암 및 대장점막내암 제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암 및 대장점막내암 제외)"로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암 및 대장점막내암 제외)로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암 및 대장점막내암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

7. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야

하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

8. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

9. (특별약관의 소멸)

① 회사가 1.(보험금의 지급사유) ①에서 정한 암진단비(유사암 및 대장점막내암 제외)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

19-2| 대장점막내암진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 대장점막내암으로 진단 확정된 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 대장점막내암진단비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 위 ②의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 ②의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 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.

인용 문구

대장관벽

<table>
<tr><td rowspan="4">점막층(mucosa)</td><td>상피세포층(epithelium)</td></tr>
<tr><td>기저막(basement membrane)</td></tr>
<tr><td>점막고유층(lamina propria)</td></tr>
<tr><td>점막근층(muscularis mucosa)</td></tr>
<tr><td colspan="2">점막하층(submucosa)</td></tr>
</table>

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

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 대장점막내암진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

19-3| 유사암진단비Ⅱ(대장점막내암제외) 특별약관

19-3 | 유사암진단비Ⅱ(대장점막내암제외)(세만기) 특별약관 -1

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정된 경우 이 특별약관에 따라 다음의 금액을 지급합니다.

구분	지급금액
제자리암진단비 경계성종양진단비 기타피부암진단비 갑상선암진단비 (각각 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8-2】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조. 이하 같습니다) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

3 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

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

5. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

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

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유) 에서 정한 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암으로 각각 진단받아 유사암진단비Ⅱ를 각 1회씩 총 4회 지급한 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방

법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

19-3 | 유사암진단비Ⅱ(대장점막내암제외)(3년만기자동갱신) -2 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정된 경우 이 특별약관에 따라 다음의 금액을 지급합니다.

구분	지급금액
제자리암진단비 경계성종양진단비 기타피부암진단비 갑상선암진단비 (각각 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8-2】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조. 이하 같습니다) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

3 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

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

5. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

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

6. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

7. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

8. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유) 에서 정한 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암으로 각각 진단받아 유사암진단비Ⅱ를 각 1회씩 총 4회 지급한 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보

통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

20 | 암수술비Ⅰ 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 암수술비Ⅰ을 지급합니다.

<table>
<tr><th>구분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>제자리암 수술시
경계성종양 수술시
기타피부암 수술시
갑상선암 수술시</td><td>이 특별약관 보험가입금액의 10%</td></tr>
<tr><td>암 수술시</td><td>
<table>
<tr><th>경과기간</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>보험계약일로부터
1년미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액의
10%</td></tr>
<tr><td>보험계약일로부터
1년이상</td><td>이 특별약관 보험가입금액의
20%</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 단, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

2 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

3 위 2에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

4 위 3의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 3의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)」(【별표8-1】악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

보험 지식

유의사항

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

2 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8-2】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조. 이하 같습니다) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8-2】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조. 이하 같습니다) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

4 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표 9】제자리신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

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

5. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

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

6. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 "제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

7. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

8. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

9. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

10. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

11. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

21 | 암수술비II 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 암수술비II를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
암 수술시 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 40%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 80%

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

2 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

3 위 2에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

4 위 3의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지

가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 3의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(기타피부암 및 갑상선암 제외)」(【별표 8-1】악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

보험지식

유의사항

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

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

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 "암"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

용어풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어풀이

신의료기술평가위원회

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

5. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

6. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 암수술비Ⅱ를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

22 | 항암방사선·약물치료비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후 기타피부암, 갑상선암 또는 암으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받았을 경우에는 이 특별약관에 따라 다음에서 정한 금액을 각 1회에 한하여 지급합니다.

구분	지급금액	
기타피부암 항암방사선·약물치료비 갑상선암 항암방사선·약물치료비	이 특별약관 보험가입금액의 10%	
암 항암방사선·약물치료비	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 단, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한

계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 피보험자가 1.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 암 항암방사선·약물치료비를 지급받은 이후에 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정시에는 기타피부암 항암방사선·약물치료비, 갑상선암 항암방사선·약물치료비는 지급되지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)」(【별표8-1】악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

보험 지식

유의사항

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

2 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8-2】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조. 이하 같습니다) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8-2】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조. 이하 같습니다) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

4. (“항암방사선 · 약물치료”의 정의)

1 이 계약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암 또는 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照)하여 기타피부암, 갑상선암 또는 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)을 말합니다.

2 이 계약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암 또는 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

5. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

6. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 항암방사선·약물치료비(단, 기타피부암

항암방사선·약물치료비, 갑상선암 항암방사선·약물치료비는 제외합니다)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

23 | 암직접치료입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암으로 진단확정되고 그 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 입원1일당 다음과 같이 암직접치료입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

<table>
<tr><th>구분</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><td>제자리암으로 입원시
경계성종양으로 입원시
기타피부암으로 입원시
갑상선암으로 입원시</td><td colspan="2">이 특별약관의 보험가입금액의 10%</td></tr>
<tr><td rowspan="3">암으로 입원시</td><th>경과기간</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>보험계약일로부터
1년미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액의
50%</td></tr>
<tr><td>보험계약일로부터
1년이상</td><td>이 특별약관 보험가입금액의
100%</td></tr>
</table>

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 단, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

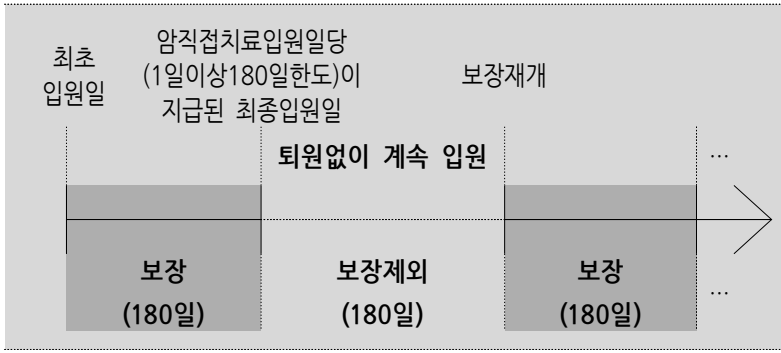
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유) 1의 암직접치료입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 1.(보험금의 지급사유) 1의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함)에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 암직접치료입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1.(보험금의 지급사유) 1의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 1에서 2를 적용하여 암직접치료입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 암직접치료입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

7 위 6에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

8 위 7의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 7의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

10 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)」(【별표8-1】악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

보험 지식

유의사항

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

2 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8-2】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조. 이하 같습니다) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8-2】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조. 이하 같습니다) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

4 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표 9】제자리신생물분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

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

5. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

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

6. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암의 직접치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

24 | 11대특정암진단비 특별약관

24-1 | 11대특정암진단비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 11대특정암으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 11대특정암진단비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
11대특정암진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("11대특정암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "11대특정암" 이라 함은 「11대특정암 분류표」(【별표7】11대특정암 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 식도의 악성신생물(암) / 췌장의 악성신생물(암)/ 골 및 관절연골의 악성신생물(암)/ 뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물(암)/ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)/ 간 및 간내 담관의 악성신생물(암)/ 담낭의 악성신생물(암)/ 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)/ 기관의 악성신생물(암)/ 기관지 및 폐의 악성신생물(암)/ 소장의 악성신생물(암) 을 말합니다.

2 "11대특정암" 의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "11대특정암" 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 11대특정암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 11대특정암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 11대특정암진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

24-2 | 11대특정암진단비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 11대특정암으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 11대특정암진단비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	경과기간	지급금액
11대특정암진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
11대특정암진단비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
최초계약의 경우	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
갱신계약의 경우	이 특별약관의 갱신일

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("11대특정암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "11대특정암" 이라 함은 「11대특정암 분류표」(【별표7】11대특정암 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 식도의 악성신생물(암) / 췌장의 악성신생물(암)/ 골 및 관절연골의 악성신생물(암)/ 뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물(암)/ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)/ 간 및 간내 담관의 악성신생물(암)/ 담낭의 악성신생물(암)/ 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)/ 기관의 악성신생물(암)/ 기관지 및 폐의 악성신생물(암)/ 소장의 악성신생물(암) 을 말합니다.

2 "11대특정암" 의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "11대특정암" 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 11대특정암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 11대특정암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 11대특정암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

7. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

8. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 11대특정암진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

25 | 생식기관련암진단비 특별약관

25-1 | 생식기관련암진단비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 생식기관련암으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 생식기관련암진단비를 지급합니다.

구분		지급금액
생식기관련암으로 진단시 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("생식기관련암"의 정의 및 진단확정)

1 이 약관에 있어서 「생식기관련암」이라 함은 「생식기관련암 분류표」(【별표11】(생식기관련암 분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

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

4. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 생식기관련암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 생식기관련암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 피보험자가 부활(효력회복)시 생식기관련암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 생식기관련암진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

25-2 | 생식기관련암진단비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 생식기관련암으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 생식기관련암진단비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분		지급금액
생식기관련암으로 진단시 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
생식기관련암으로 진단시(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
최초계약의 경우	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
갱신계약의 경우	이 특별약관의 갱신일

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("생식기관련암"의 정의 및 진단확정)

1 이 약관에 있어서 「생식기관련암」이라 함은 「생식기관련암 분류표」(【별표11】(생식기관련암 분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

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

4. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 생식기관련암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 생식기관련암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 피보험자가 부활(효력회복)시 생식기관련암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

7. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

8. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 생식기관련암진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

26 | 고액치료비암진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 고액치료비암으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 고액치료비암진단비를 지급합니다.

구분	지급금액	
고액치료비암으로 진단시 (1회한)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 피보험자가 15세 미만인 경우 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 15세 이상인 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("고액치료비암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "고액치료비암" 이라 함은 「고액치료비암분류표」(【별표12】고액치료비암분류표 참조)에서 정한 골 및 관절연골의 악성신생물(암)/ 뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물(암)/ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)/ 식도의 악성신생물(암)/ 췌장의 악성신생물(암)을 말합니다.

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

4. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 고액치료비암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 피보험자가 부활(효력회복)시 15세 이상인 경우 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 고액치료비암진단비를 지급한 경우에

그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

27 | 단계별암진단비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 “암”으로 진단확정될 경우에는 최초 1회에 한하여 아래와 같이 단계별암진단비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

<table>
<tr><th rowspan="2">구분</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><th>보험계약일로부터 1년미만</th><th>보험계약일로부터 1년이상</th></tr>
<tr><td>특정암</td><td>보험가입금액의 100%</td><td>보험가입금액의 200%</td></tr>
<tr><td>4기암(특정암제외)</td><td>보험가입금액의 100%</td><td>보험가입금액의 200%</td></tr>
<tr><td>1~3기암(특정암제외)중 유방암 외</td><td>보험가입금액의 50%</td><td rowspan="2">보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>1-3기암(특정암제외) 중 유방암</td><td>180일미만 : 보험가입금액의 10%
180일이상 : 보험가입금액의 50%</td></tr>
</table>

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
특정암	보험가입금액의 200%
4기암(특정암제외)	보험가입금액의 200%
1~3기암(특정암제외)	보험가입금액의 100%

2 회사는 1에도 불구하고, 보장개시일(책임개시일)이후에 위 1의 “1-3기암(특정암제외)”으로 진단확정된 이후 “특정암” 또는 “4기암(특정암제외)”으로 진단확정된

경우에는 아래와 같이 최초 1회에 한하여 단계별암진단비를 추가로 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
특정암	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
4기암(특정암제외)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
특정암	보험가입금액의 100%
4기암(특정암제외)	보험가입금액의 100%

3 위 1과 2에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
최초계약의 경우	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
갱신계약의 경우	이 특별약관의 갱신일

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)에서 정하는 "암" 중 동시에 2가지 이상의 "암"으로 진단확정되더라도, 그 중 보장금액이 가장 큰 한가지만 보장합니다.

2 3.("암"의 정의 및 진단확정)의 각 호에 정한 방법에 의하여 병기구분이 안되고, 「병기구분 불가암 분류표」(【별표13】병기구분 불가암 분류표 참조)에 해당하는 암에 대해서는 "1~3기암(특정암제외)"에 해당하는 금액을 지급합니다.

3 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 "암"으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 1.(보험금의 지급사유)1에서 정하는 "암" 중 "4기암(특정암제외)"에 해당하는 금액을 지급합니다. 다만, 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

4 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

5 위 4에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

6 위 5의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 5의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

8 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(기타피부암 및 갑상선암 제외)(【별표8-1】악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 아래 2에서 정한 「대장점막내암」은 제외합니다.

보험 지식

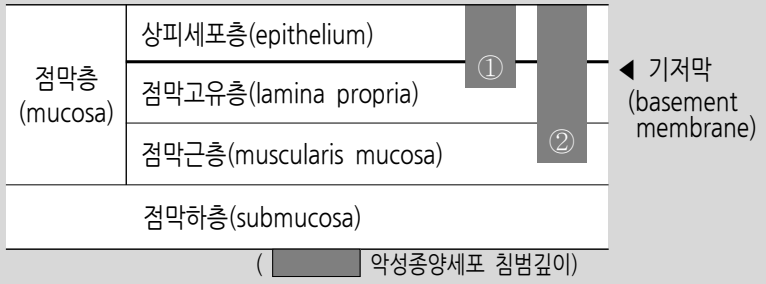
유의사항

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

2 이 특별약관에 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.

보험 지식

대장점막내암 예시



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

3 이 특별약관에 있어서 "암"은 "특정암", "4기암(특정암제외)" 및 "1~3기암(특정암제외)"로 구분됩니다.

4 이 특별약관에 있어서 "특정암" 이라 함은 「특정암분류표」(【별표14】특정암분류표 참조)에서 정한 암을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어서 "4기암(특정암제외)" 이라 함은 위 1에서 정한 "암"으로 분류되는 질병에서 위 4의 "특정암"을 제외한 암 중 "4기암"에 해당하는 암을 말하며, "4기암"이라 함은 아래에 해당하는 경우를 말합니다.

① AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제7판 TNM 병기분류상 Stage4에 해당하는 경우
② FIGO(International Federation of Gynecology and Obstetrics) 분류상 "Stage4"에 해당하는 경우
③ Astler-Coller 분류상 "stage D"에 해당하는 경우
④ Jewett분류상 "stage D"에 해당하는 경우
⑤ 원발불명암(최초 부위를 알 수 없는 암)이 진단된 경우
⑥ 한국표준질병사인분류에 있어서 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)으로 진단되고, 원발부위(최초 발생한 부위)가 확인되지 않는 경우
⑦ 「병기구분 불가암 분류표」(【별표13】병기구분 불가암 분류표 참조)에 해당하는 암으로 진단확정된 후 원격전이를 동반하여 재발하거나 원격전이 병변이 확인되는 경우
⑧ 위의 기준이외의 의학계에서 일반적으로 인정되는 병기분류방법으로 객관적인 병리학적 혹은 임상학적 의료기록 등에 근거하여 "TNM 병기 4기"에 준하는 단계라고 진단받은 경우
⑨ "4기암"을 진단함에 있어서 임상학적 병기분류 및 조직학적 병기분류 등을 종합적으로 고려하여 "4기암" 여부를 판단합니다. 다만, 조직학적 병기분류가 불가능한 경우에는 임상학적 병기분류만으로 "4기암" 판단을 할 수 있습니다.
⑩ AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제7판 TNM 병기분류가 개정 등의 사유로 변경된 경우 변경된 TNM 병기분류에 따라 적용합니다.

용어 풀이

병기(암의 진행상태)

병기란 암의 발견 당시의 진행 상태를 표현하는 말로 1기부터 4기로 분류되며, 암의 진행정도가 심해질수록 숫자가 올라갑니다.

6 이 특별약관에 있어서 "1~3기암(특정암제외)" 이라 함은 위 1에서 정한 "암"으로 분류되는 질병 중 위 4의 "특정암"과 위 5의 "4기암(특정암제외)"에 해당하지 않는 "암"을 말합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "1~3기암(특정암제외) 중 유방암"이라 함은 악성신생물(암) 분류표 중 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C50에 해당하는 질병이면서 위 5의 "4기암(특정암제외)"에 해당하지 않는 "암"을 말합니다.

8 "암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine

needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

보험 지식

암의 정의 요약

1. 이 특별약관에서 "암"은 "특정암", "4기암(특정암제외)", "1~3기암(특정암제외)"로 구분됩니다.

특정암	【별표14】특정암분류표에 해당하는 "암"
4기암(특정암제외)	"특정암"을 제외한 "암" 중 "4기암"에 해당하는 "암"
1~3기암(특정암제외)	"특정암"과 "4기암(특정암제외)"에 해당하지 않는 "암"

주) "병기구분 불가암"은 "1~3기암(특정암제외)"으로 구분됩니다.

2. "갑상선암", "기타피부암" 및 "대장점막내암"은 "암"의 정의에서 제외되는 바 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

4. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료 납입면제)

회사는 "암"에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 피보험자가 "암"으로 진단확정된 경우에는 차회이후의 단계별암진단비(3년만기자동갱신) 특별약관에 해당하는 보험료를 납입면제하여 드립니다. "암"이라 함은 3.("암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

6. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

7. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 계약의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

8. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

9. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계

약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 "특정암" 또는 "4기암(특정암제외)"으로 보험금을 지급한 경우에 이 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관의 보장책임은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관의 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

11. (보험금의 청구)

1 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 암진단서(회사양식의 사고증명서 포함), 수술증명서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
(다만 "4기암"에 해당되는 경우 사고증명서에 3.("암"의 정의 및 진단확정) 5에서 인정되는 "4기암"에 해당한다는 내용이 포함되어야 합니다.)

보험 지식

TNM 병기

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

보험 지식

"4기암" 진단서 예시

홍길동은 2015년 10월 1일 위암 StageⅥ(TNM)로 진단되었습니다.
홍길동은 2015년 10월 1일 위암 T2N2M1(TNM)으로 진단되었습니다.
홍길동은 2015년 10월 1일 전립선암 StageD(Jewett)로 진단되었습니다.

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

④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 위 1.②의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

28 | 재진단암진단비(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외) 특별약관

28-1 | 재진단암진단비(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 재진단암진단비로 지급합니다.

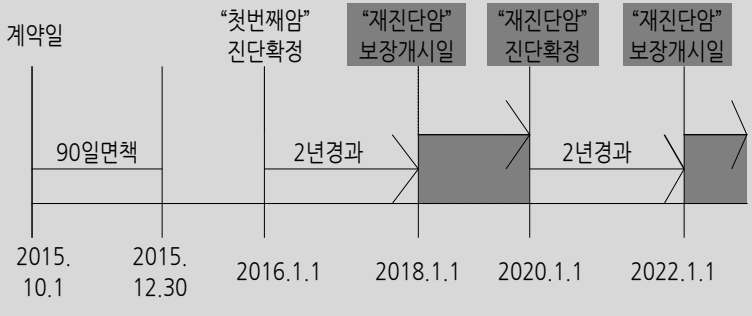
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
첫 번째 재진단암 (유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)	첫 번째암(유사암,대장점막내암 제외) 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
두 번째 이후 재진단암 (유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)	직전 재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외) 진단 확정일로부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날

3 위 2에도 불구하고 "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)"이 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지나기 전에 진단확정된 경우에는 8.(특별약관의 무효)의 규정을 따릅니다.

보험 지식

재진단암 보장개시일



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)" 및 "재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암제외)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)」(【별표8-1】악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 아래 2에서 정한 「대장점막내암」은 제외합니다.

보험 지식

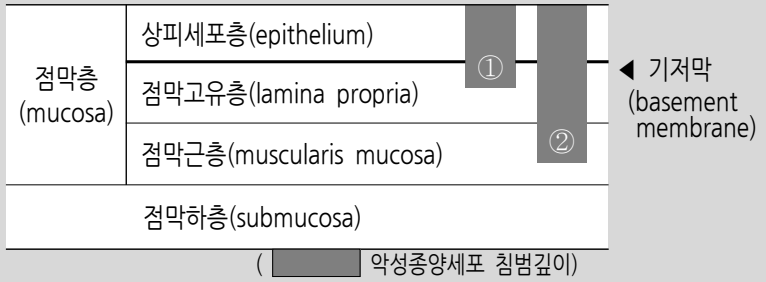
유의사항

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

2 이 특별약관에 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.

보험 지식

대장점막내암 예시



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

3 이 특별약관에 있어서 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"이라 함은 "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)" 또는 직전 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)" 진단확정일로부터 2년 경과 후 다음 각 호의 암에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 위 2에서 정한 「대장점막내암」 및 「전립선암」은 제외합니다.

① 새로운 원발암
② 전이암
③ 재발암
④ 잔여암

4 이 특별약관에 있어서 "전립선암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(기타피부암 및 갑상선암 제외) 중 분류번호 C61에 해당하는 질병을 말합니다.

5 위 3의 "새로운 원발암"이란, 원발부위에 발생한 암으로 "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)" 또는 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"과 다른 조직병리학적 특성(histopathological appearance)을 가진 "암"을 말합니다.

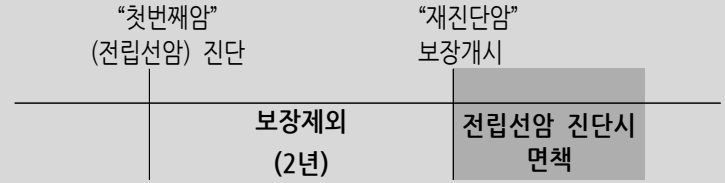
6 위 3의 "전이암"이란, 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 "암"을 말합니다.

7 위 3의 "재발암"이란, "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)" 또는 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)" 또는 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 암세포를 제거한 후 그 "첫번째암(유사암,대장점막내암 제외)" 또는 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"으로 인하여 새롭게 "암"이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 "암"을 말합니다.

8 위 3의 "잔여암"이란, "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)" 또는 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"에 대한 보장개시일 이후 발생한 암진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다. 단, "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)"이 「전립선암」 인 경우 2년 후 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 보장을 개시하되, 「전립선암」에 대한 재진단암진단비는 지급하지 않습니다.

보험 지식

"첫번째암"이 「전립선암」 인 경우 보장예시



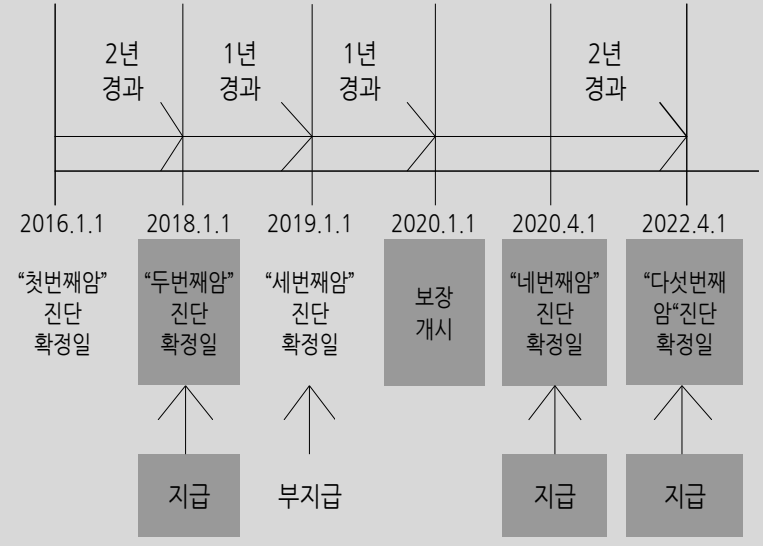
9 "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의

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

⑩ "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

보험 지식

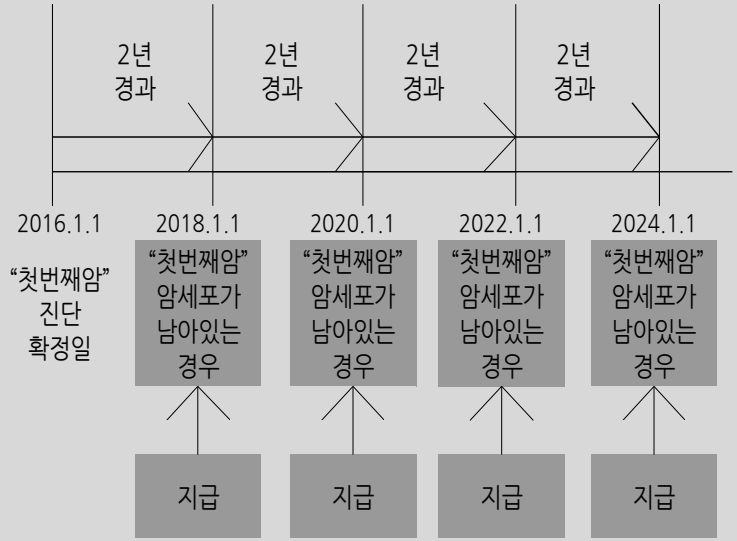
예시1) ③의 ①~③ 예시
새로운 원발암, 전이암, 재발암 (유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)



보험 지식

예시2) 3의 ④ 예시

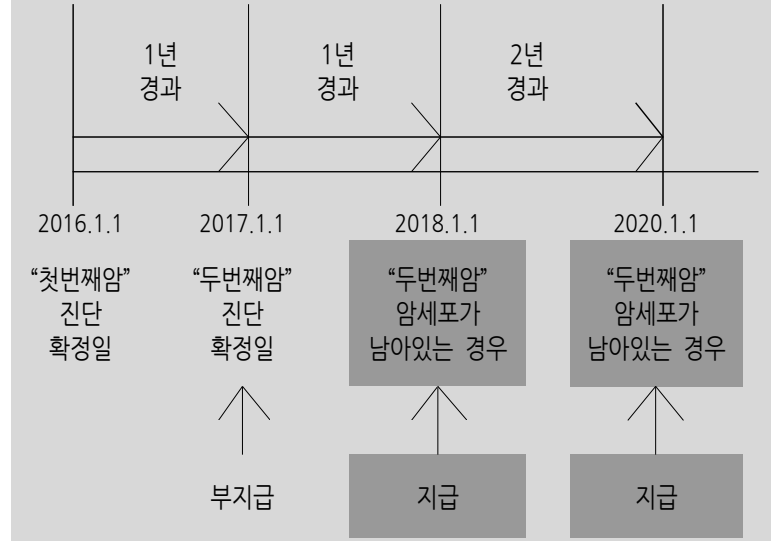
잔여암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)



보험 지식

예시3) 3의 ④ 예시

잔여암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)



4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 암의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 암의 직접적인 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

6. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다

7. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 1.(보험금의 지급사유)의 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 2년내에 진단확정된 3.("첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)" 및 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 정의 및 진단확정) 3의 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 3.("첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)" 및 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 정의 및 진단확정) 3의 ④에 해당하는 "암"은 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 발생일로부터 2년이 지난 후에는 보험금을 지급합니다.

8. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 암(유사암, 대장점막내암 제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

9. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 위 1에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

① 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)"으로 진단확정되지 않았던 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 최초 보험계약일로 보아 1.(보험금의 지급사유)의 규정을 적용합니다.

② 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)" 또는 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"으로 진단확정되었던 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 보아 1.(보험금의 지급사유)의 규정을 적용합니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 보험기간 중 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

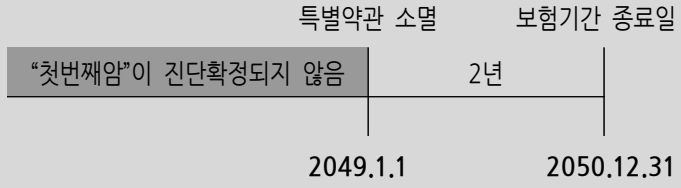
① "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)"이 진단확정되지 않고, 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우

② "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"이 진단확정되어 재진단암진단비가 지급되고, 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

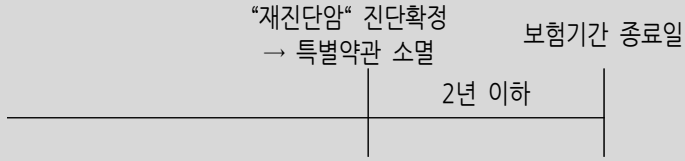
보험 지식

재진단암진단비 소멸 예시

1. "첫번째암"이 진단확정되지 않고, 잔여보험기간이 2년이하인 경우



2. "재진단암" 진단확정 시점에 잔여기간이 2년이하인 경우



3 위 1 및 2에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

28-2 | 재진단암진단비(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 재진단암진단비로 지급합니다.

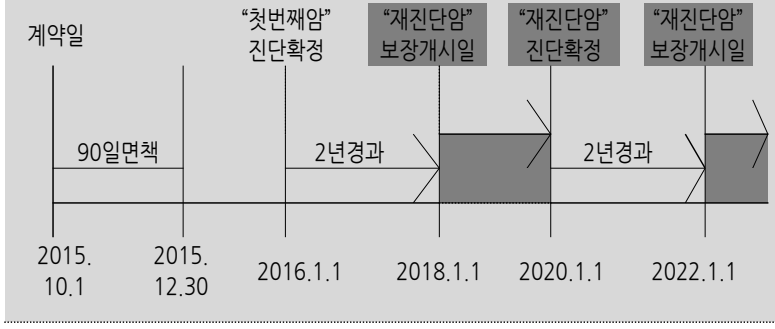
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
첫 번째 재진단암 (유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)	첫 번째암(유사암, 대장점막내암 제외) 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
두 번째 이후 재진단암 (유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)	직전 재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외) 진단 확정일로부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날

3 위 2에도 불구하고 "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)"이 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지나기 전에 진단확정된 경우에는 8.(특별약관의 무효)의 규정을 따릅니다.

보험 지식

재진단암 보장개시일



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)" 및 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "첫번째암(유사암,대장점막내암 제외)"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)」(【별표8-1】악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 아래 2에서 정한 「대장점막내암」은 제외합니다.

보험 지식

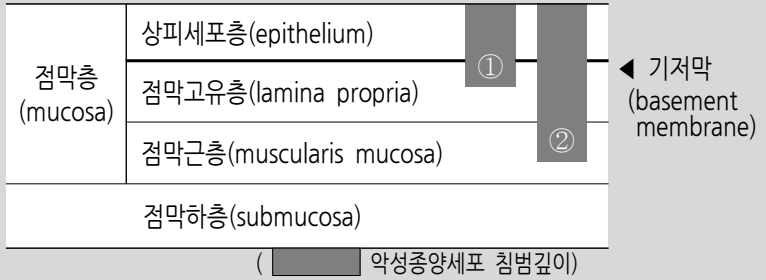
유의사항

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

2 이 특별약관에 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.

보험 지식

대장점막내암 예시



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

3 이 특별약관에 있어서 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"이라 함은 "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)" 또는 직전 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)" 진단확정일로부터 2년 경과 후 다음 각 호의 암에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 위 2에서 정한 「대장점막내암」 및 「전립선암」 은 제외합니다.

① 새로운 원발암
② 전이암
③ 재발암
④ 잔여암

4 이 특별약관에 있어서 "전립선암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(기타피부암 및 갑상선암 제외) 중 분류번호 C61에 해당하는 질병을 말합니다.

5 위 3의 "새로운 원발암"이란, 원발부위에 발생한 암으로 "첫번째암(유사암,대장점막내암 제외)" 또는 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"과 다른 조직병리학적 특성(histopathological appearance)을 가진 "암"을 말합니다.

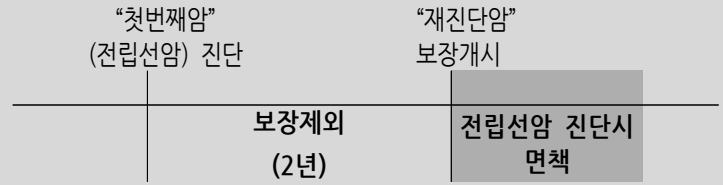
6 위 3의 "전이암"이란, 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 " 암"을 말합니다.

7 위 3의 "재발암"이란, "첫번째암(유사암,대장점막내암 제외)" 또는 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 "첫번째암(유사암,대장점막내암 제외)" 또는 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 암세포를 제거한 후 그 "첫번째암(유사암,대장점막내암 제외)" 또는 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"으로 인하여 새롭게 "암"이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 "암"을 말합니다.

8 위 3의 "잔여암"이란, "첫번째암(유사암,대장점막내암 제외)" 또는 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"에 대한 보장개시일 이후 발생한 암진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다. 단, "첫번째암(유사암,대장점막내암 제외)"이 「전립선암」 인 경우 2년 후 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 보장을 개시하되, 「전립선암」 에 대한 재진단암진단비는 지급하지 않습니다.

보험 지식

"첫번째암"이 「전립선암」 인 경우 보장예시



9 "첫번째암(유사암,대장점막내암 제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

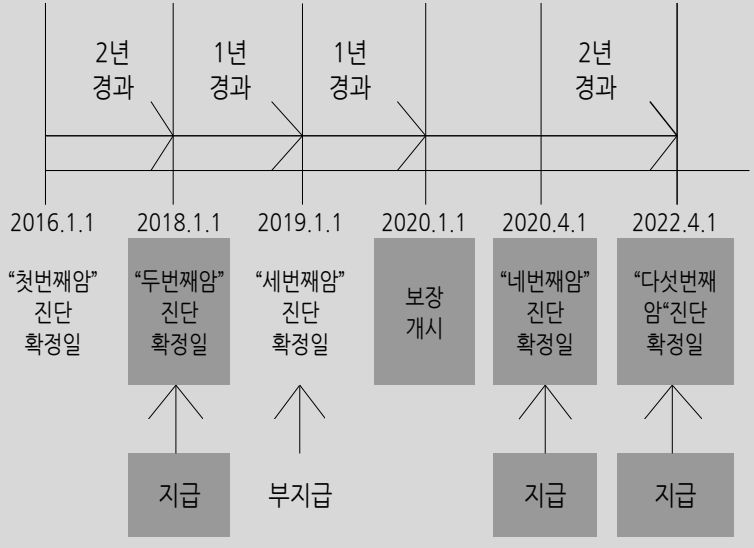
10 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된

기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

보험 지식

예시1) 3의 ①~③ 예시

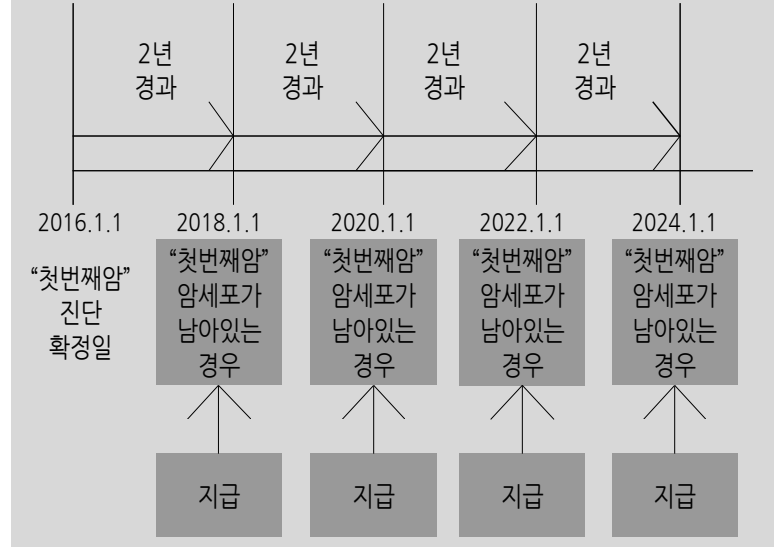
새로운 원발암, 전이암, 재발암 (유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)



보험 지식

예시2) 3의 ④ 예시

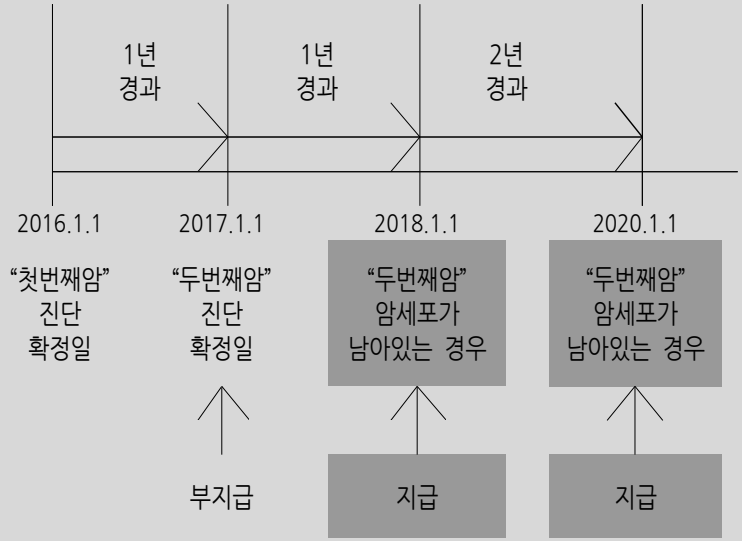
잔여암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)



보험 지식

예시3) 3의 ④ 예시

잔여암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)



4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 암의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 암의 직접적인 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

6. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다

7. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 1.(보험금의 지급사유)의 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 2년내에 진단확정된 3.("첫번째암(유사암,대장점막내암 제외)" 및 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 정의 및 진단확정) 3의 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 3.("첫번째암(유사암,대장점막내암 제외)" 및 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 정의 및 진단확정) 3의 ④에 해당하는 "암"은 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 발생일로부터 2년이 지난 후에는 보험금을 지급합니다.

8. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 암(유사암,대장점막내암 제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

9. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 위 1에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

① 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암(유사암,대장점막내암 제외)"으로 진단확정되지 않았던 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 최초 보험계약일로 보아 1.(보험금의 지급사유)의 규정을 적용합니다.

② 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암(유사암,대장점막내암 제외)" 또는 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"으로 진단확정되었던 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 보아 1.(보험금의 지급사유)의 규정을 적용합니다.

10. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 위 1에도 불구하고 갱신시점에서 [잔여보험기간-2년]이 3년미만일 경우 [잔여보험기간-2년]을 기준으로 하여 갱신되는 것으로 합니다. 다만, 갱신종료나이가 100세이면서 갱신시점 나이가 97세 이상인 경우 또는 갱신종료나이가 80세이면서 갱신시점 나이가 77세 이상인 경우에는 1년단위로 갱신됩니다. 그러나 피보험자가 [갱신종료나이-2]세까지 "첫번째암(유사암,대장점막내암 제외)"의 지급사유가 발생하지 않은 경우 [갱신종료나이-2]세 갱신시점부터 더이상 갱신하지 않습니다.

보험 지식

갱신 예시

기준 : 40세에 최초로 가입한 피보험자가 100세까지 갱신하는 경우

1 : 43세, 46세, 49세, 52세 시점 등 3년마다 3년만기로 갱신

2 : 97세 시점에서의 잔여보험기간은 3년이므로 "잔여보험기간-2년"이 3년 미만이 되어 "잔여보험기간-2년"인 1년만기로 갱신

3 : 98세 시점 이전에 "첫번째암(유사암,대장점막내암 제외)"로 진단확정되었던 경우,
98세, 99세 시점에 각각 1년만기로 갱신 후 100세에 보장 종료

4 : 98세 시점 이전에 "첫번째암(유사암,대장점막내암 제외)"로 진단확정되지 않은 경우,
98세 시점에 보장 종료

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

11. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

12. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합

니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

13. (특별약관의 소멸)

① 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 보험기간 중 "재진단암(유사암,대장점막내암 및 전립선암 제외)"이 진단확정되어 재진단암진단비가 지급되고, "갱신종료일"까지의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이내인 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

용어 풀이

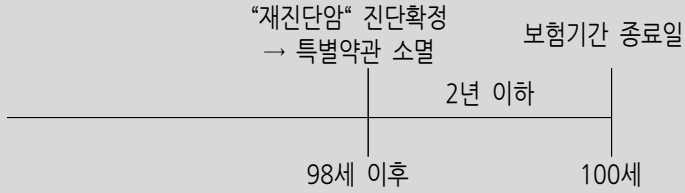
갱신종료일

이 특별약관이 자동갱신되다가 더 이상 갱신되지 않고 보장이 종료되는 날을 말합니다.

보험 지식

재진단암진단비 소멸 예시(100세까지 갱신하는 것으로 계약한 경우)

"재진단암" 진단확정 시점에 잔여기간이 2년이하인 경우



③ 위 ① 및 ②에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

14. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

29 | 두번째암진단비(유사암 및 대장점막내암 제외)(원발/전이/재발암) (3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 두번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 두번째암진단비를 지급합니다.

구분	지급금액
두번째암으로 진단시 (1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 위 ①에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 최초로 발생한 암(유사암 및 대장점막내암 제외)(이하 "첫번째 암"(유사암 및 대장점막내암 제외)) 확정일로부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지난 날로 합니다. 다만, "첫번째암"(유사암 및 대장점막내암 제외)의 진단확정일로부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지난 날이 없는 경우에는 해당월의 말일을 "두번째암 보장개시일"로 하며, 첫번째암 확정일로부터 1년(12개월) 이내에 두번째암에 대한 치료가 개시된 때에는 제외합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 위 ②의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 피보험자가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 "두번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)"에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 "두번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)"으로 진단확정되어 있는 경우에는 계약자는 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 90일이내에 이 특별약관을 취소할 수 있으며, 이 경우 "첫번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)" 진단확정일 시점의 이 특별약관의 책임준비금을 돌려 드립니다. 다만, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

6 위 5에도 불구하고 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 "두번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)"의 보장개시일(책임개시일)이전에 "두번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)"으로 진단확정 받았더라도 "두번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)"의 보장개시일로부터 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다)그 암으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "두번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)"의 보장개시일로부터 5년이 지난 이후에는 "두번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)"으로 간주하여 보험금을 지급합니다.

7 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("암"등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)」(【별표8-1】악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 아래 2에서 정한 「대장점막내암」은 제외합니다.

보험 지식

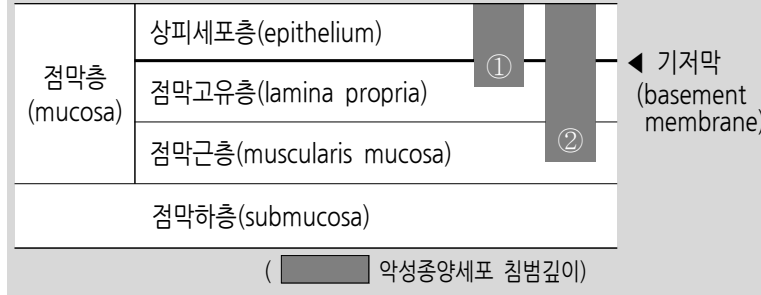
유의사항

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

2 이 특별약관에 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.

보험 지식

대장점막내암 예시



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

3 이 특별약관에서 "두번째암"(유사암 및 대장점막내암 제외)이라 함은 "첫번째암"(유사암 및 대장점막내암 제외) 진단확정일부터 1년 경과 후 다음 각 호의 암에 해당하는 경우를 말합니다.

① 새로운 원발암
② 동일장기 또는 타부위에 전이된 암
③ 동일장기에 재발된 암

4 이 특별약관에서 “첫번째암”(유사암 및 대장점막내암 제외)이라 함은 [제 2장 질병관련 특별약관] 암진단비(유사암 및 대장점막내암 제외) 특별약관의 1.(보험금의 지급사유)에 해당하는 “암”을 말합니다.

5 위 3의 “새로운 원발암” 이란, 원발부위에 발생한 암으로 “첫번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)”과 다른 조직병리학적 특성(histopath ological appearance)을 가진 암을 말합니다.

6 위 3의 “전이된 암” 이란, 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 “암”을 말합니다.

7 위 3의 “재발된 암” 이란, “첫번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)”과 동일한 조직병리학적 특성(histopathological appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 “첫번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)”의 암세포를 제거한 후 그 “첫번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)”으로 인하여 “두번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)” 보장개시일 이후 새롭게 “암”이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 "암"을 말합니다. 다만, “첫번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)”의 진단부위에 “첫번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)” 세포가 제거되지 못하고 남아 있는 암과 그 암의 증식은 “재발된 암” 으로 인정하지 않습니다.

8 위 7에도 불구하고 “첫번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)”의 진단시점에 검사에서 발견되지 않은 암세포에 대해서는 암세포 제거 여부에 관계없이 “재발된 암”으로 인정합니다.

9 “두번째암”(유사암 및 대장점막내암 제외)에 대한 진단확정 및 암세포 제거 확인은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “두번째암”(유사암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있음 혹은 암세포가 제거되었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

10 위 9에 따라 암세포의 제거 확인을 받지 못하였더라도 “첫번째암”(유사암 및 대장점막내암 제외) 발생 후 5년이 지나는 동안 “첫번째암”(유사암 및 대장점막내암 제외)으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외)또는 치료사실이 없을 경우 암세포가 제거되었음으로 간주합니다.

보험 지식

사례(암세포의 제거 확인을 받지 못한 경우)

“혈액암” 등 몸에서 암세포의 제거 확인이 어려워 암세포의 제거 확인을 받지 못하였더라도 “혈액암”(“첫번째암”) 발생 후 5년이 지나는 동안 “혈액암”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우에는 그 후 재발한 “혈액암”에 대해서는 “재발된 암”으로 간주하고 보험금을 지급합니다.

4. (특별약관의 무효)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 3.(“암” 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “첫번째암”(유사암 및 대장점막내암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 “첫번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

2 위 1에서 “첫번째암”(유사암 및 대장점막내암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
최초계약의 경우	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
갱신계약의 경우	이 특별약관의 갱신일

5. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 3.(“암” 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “첫번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)”에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

6. (보험료 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 “암”(유사암 및 대장점막내암 제외)에 대한 회사의 보장개시일 이후에 피보험자가 “암”(유사암 및 대장점막내암 제외)으로 진단확정된 경우 차

회 이후의 두번째암진단비 특별약관에 해당하는 보험료 납입을 면제합니다.

7. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 [잔여보험기간-1년]이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 [잔여보험기간-1년]을 기준으로 하여 갱신되는 것으로 하며, 피보험자가 [갱신종료나이-1]세까지 "첫번째암(유사암 및 대장점막내암 제외)"의 지급사유가 발생하지 않은 경우 [갱신종료나이-1]세 갱신시점부터 더이상 갱신하지 않습니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

5 위 1 및 3에도 불구하고 6.(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입이 면제된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 아니하고 보장은 피보험자가 갱신종료나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)에 도달할 때까지 계속됩니다.

8. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

9. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 두번째암진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 않습니다.

30 | 뇌혈관질환사망 특별약관

30-1 | 뇌혈관질환사망(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단 확정된 뇌혈관질환으로 인해 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환사망보험금으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환" 이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표15】뇌혈관질환 분류표 참조)에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애, 뇌혈관질환의 후유증을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4 위 3의 규정에도 불구하고 피보험자, 보험수익자 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 32.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

30-2 | 뇌혈관질환사망(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단 확정된 뇌혈관질환으로 인해 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환사망보험금으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환" 이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표15】뇌혈관질환 분류표 참조)에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애, 뇌혈관질환의 후유증을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」

(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

5. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4 위 3의 규정에도 불구하고 피보험자, 보험수익자 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 32.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

31 | 단계별뇌혈관질환진단비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 질병으로 진단확정될 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래와 같이 단계별뇌혈관진단비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
뇌혈관질환으로 진단시(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 2.5%	이 특별약관 보험가입금액의 5%
뇌졸중으로 진단시(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 20%	이 특별약관 보험가입금액의 40%
뇌출혈로 진단시(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 27.5%	이 특별약관 보험가입금액의 55%
중증뇌출혈로 진단시(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
뇌혈관질환으로 진단시(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 5%
뇌졸중으로 진단시(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 40%
뇌출혈로 진단시(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 55%
중증뇌출혈로 진단시(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 단계별뇌혈관질환진단비의 지급사유가 중복되는 경우에는 각각 그 보험금을 지급합니다.

보험 지식

지급보험금 예시

기준 : 보험가입금액 1,000만원, 보험계약일로부터 1년 경과 후 사고일 때

사례1 : 피보험자가 최초로 뇌혈관질환으로 진단된 경우
→ 50만원 지급

사례2 : 피보험자가 다른 진단 없이 최초로 뇌졸중으로 진단된 경우
→ 450만원 지급(뇌혈관질환 50만원 + 뇌졸중 400만원)

사례3 : 피보험자가 다른 진단 없이 최초로 뇌출혈로 진단된 경우
→ 1,000만원 지급(뇌혈관질환 50만원 + 뇌졸중 400만원 + 뇌출혈 550만원)

사례4 : 피보험자가 다른 진단 없이 최초로 중증뇌출혈로 진단된 경우
→ 2,000만원 지급(뇌혈관질환 50만원 + 뇌졸중 400만원 + 뇌출혈 550만원 + 중증뇌출혈 1,000만원)

사례5 : 사례2에서 뇌졸중으로 보험금 450만원을 지급받은 피보험자가 이후에 다시 중증뇌출혈로 진단된 경우
→ 1,550만원 지급(뇌출혈 550만원 + 중증뇌출혈 1,000만원)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한

계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("뇌혈관질환", "뇌졸중", "뇌출혈" 및 "중증뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환" 이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표15】뇌혈관질환 분류표 참조)에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애, 뇌혈관질환의 후유증 을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중" 이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표16】뇌졸중 분류표 참조)에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "뇌출혈" 이라 함은 「뇌출혈 분류표」(【별표17】뇌출혈 분류표 참조)에서 정한 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "중증뇌출혈"이라 함은 "뇌출혈" 중에서 장해분류표(【별표1】장해분류표 참조)에서 정한 "신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때"의 지급률이 80%이상이고 이동동작 제한에 따른 지급률이 30%이상인 장해상태에 해당하는 경우를 말합니다.

5 위 4에서 "장해분류표에서 정한 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때"의 지급률은 장해분류별 판정기준 13. 신경계·정신행동장해 "가. 장해의 분류 1)" 및 "나. 장해판정기준 1)신경계 ①,③,④"에 따라 판정합니다.

6 "뇌혈관질환", "뇌졸중", "뇌출혈" 및 "중증뇌출혈"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 "뇌혈관질환", "뇌졸중", "뇌출혈" 및 "중증뇌출혈"로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

5. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 단계별뇌혈관질환진단비 중 뇌혈관질환, 뇌졸중 또는 뇌출혈에 해당하는 보험금을 지급한 경우에 각각에 대한 회사의 보장책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 단계별뇌혈관질환진단비 중 중증뇌출혈에 해당하는 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 2에 따라 이 특별약관의 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

4 위 2 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

32 | 뇌졸중진단비 특별약관

32-1 | 뇌졸중진단비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 뇌졸중으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 뇌졸중진단비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
뇌졸중진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지

가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중" 이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표16】뇌졸중 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

2 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

32-2 | 뇌졸중진단비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 뇌졸중으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 뇌졸중진단비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	경과기간	지급금액
뇌졸중진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
뇌졸중진단비 (1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중" 이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표16】뇌졸중 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

2 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

5. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

33 | 뇌출혈진단비 특별약관

33-1 | 뇌출혈진단비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 뇌출혈로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 뇌출혈진단비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
뇌출혈진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지

가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌출혈" 이라 함은 「뇌출혈 분류표」(【별표17】뇌출혈 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈을 말합니다.

2 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

33-2 | 뇌출혈진단비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 뇌출혈로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 뇌출혈진단비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	경과기간	지급금액
뇌출혈진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
뇌출혈진단비 (1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌출혈" 이라 함은 「뇌출혈 분류표」(【별표17】뇌출혈 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈을 말합니다

2 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

5. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통

약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다..

34 | 뇌혈관질환수술비 특별약관

34-1 | 뇌혈관질환수술비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 뇌혈관질환수술비를 지급합니다.

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
뇌혈관질환수술비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.
5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환" 이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표15】뇌혈관질환 분류표 참조)에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애, 뇌혈관질환의 후유증을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

34-2 | 뇌혈관질환수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다

음과 같이 뇌혈관질환수술비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
뇌혈관질환수술비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
뇌혈관질환수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환" 이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표15】뇌혈관질환 분류표 참조)에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애, 뇌혈관질환의 후유증을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 20.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

35 | 뇌출혈수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌출혈로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같

이 뇌출혈수술비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
뇌출혈수술비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
뇌출혈수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌출혈" 이라 함은 「뇌출혈 분류표」(【별표17】뇌출혈 분류표 참조)에서 정한 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 20.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

36 | 비파열대뇌동맥류수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 비파열대뇌동맥류로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 비파열대뇌동맥류수술비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액	
비파열대뇌동맥류 수술비	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
비파열대뇌동맥류수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("비파열대뇌동맥류"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "비파열 대뇌동맥류"라 함은 (【별표18】비파열대뇌동맥류 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 이 때, "선천성(비파열성) 대뇌동맥류(Q28.3)"는 보상하지 않으며, "파열되지 않은 대뇌동맥의 박리(I67.0)"와 "기타 대뇌전 동맥의 동맥류 및 박리(I72.5)"도 제외됩니다.

2 비파열대뇌동맥류의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 비파열대뇌동맥류로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 20.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

37 | 뇌혈관질환입원일당(4일이상120일한도) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 뇌혈관질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 4일째 입원일로부터 입원1일당 다음과 같이 뇌혈관질환입원일당(4일이상120일한도)을 지급합니다.

구분	지급금액	
뇌혈관질환입원일당 (4일이상120일한도)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

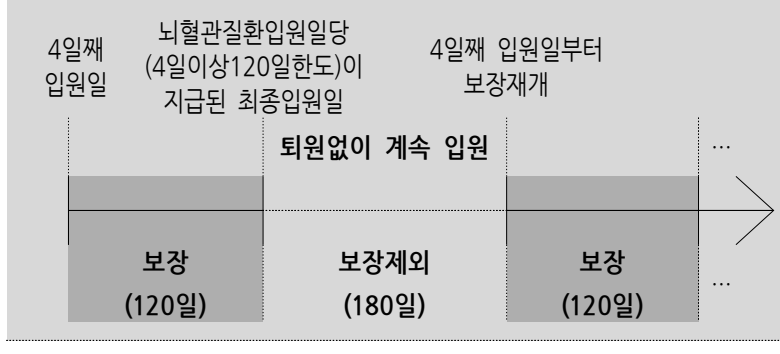
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 뇌혈관질환입원일당(4일이상120일한도) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

2 동일한 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 뇌혈관질환의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 상기 2에도 불구하고 동일한 뇌혈관질환에 대한 입원이라도 뇌혈관질환입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 뇌혈관질환입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌혈관질환입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1.(보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 1 및 2를 적용하여 뇌혈관질환입원일당(4일이상120일한도)를 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 뇌혈관질환입원일당(4일이상120일한도)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

6 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

7 위 6에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

8 위 7의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 7의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

10 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환" 이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표15】뇌혈관질환 분류표 참조)에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애, 뇌혈관질환의 후유증을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. ("입원"의 정의와 장소)

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 9.(적립환급금의 지급)에서 정한 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

38 | 양성뇌종양진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 양성뇌종양으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 양성뇌종양진단비를 지급합니다.

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
양성뇌종양진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "양성뇌종양"이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.

2 위 1의 "양성뇌종양"은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 양성뇌종양으로 보지 않습니다.

3 위 1의 "양성뇌종양"의 진단확정은 신경과의사 또는 신경외과의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

39 | 양성뇌종양수술비(경계성종양 제외)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 양성뇌종양(경계성종양 제외)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 양성뇌종양수술비(경계성종양 제외)를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액	
양성뇌종양수술비(경계성종양 제외)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
양성뇌종양수술비(경계성종양 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해

과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("양성뇌종양(경계성종양 제외)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "양성뇌종양(경계성종양 제외)"이라 함은 「양성뇌종양(경계성종양 제외) 분류표」(【별표19】양성뇌종양(경계성종양 제외) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 위 1의 "양성뇌종양(경계성종양 제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을

보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 20.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

40 | 허혈심장질환사망 특별약관

40-1 | 허혈심장질환사망(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단 확정된 허혈심장질환으로 인해 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈심장질환사망보험금으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("허혈심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈심장질환" 이라 함은 「허혈심장질환 분류표」(【별표20】 허혈심장질환 분류표 참조)에서 정한 협심증, 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 기타 급성 허혈심장질환, 만성허혈심장병을 말합니다.

2 "허혈심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈심장질환사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4 위 3의 규정에도 불구하고 피보험자, 보험수익자 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 32.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

40-2 | 허혈심장질환사망(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단 확정된 허혈심장질환으로 인해 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈심장질환사망보험금으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("허혈심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈심장질환" 이라 함은 「허혈심장질환 분류표」(【별표20】 허혈심장질환 분류표 참조)에서 정한 협심증, 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 기타 급성 허혈심장질환, 만성허혈심장병을 말합니다.

2 "허혈심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

5. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 20.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

6. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈심장질환사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4 위 3의 규정에도 불구하고 피보험자, 보험수익자 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 32.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출

금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

41 | 단계별허혈심장질환진단비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 질병으로 진단확정될 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래와 같이 단계별허혈심장질환진단비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
허혈심장질환으로 진단시(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 2.5%	이 특별약관 보험가입금액의 5%
급성심근경색증으로 진단시(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 47.5%	이 특별약관 보험가입금액의 95%
중증급성심근경색증으로 진단시(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
허혈심장질환으로 진단시(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 5%
급성심근경색증으로 진단시(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 95%
중증급성심근경색증으로 진단시(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 단계별허혈심장질환진단비의 지급사유가 중복되는 경우에는 각각 그 보험금을 지급합니다.

보험 지식

지급보험금 예시

기준 : 보험가입금액 1,000만원, 보험계약일로부터 1년 경과 후 사고일 때

사례1 : 피보험자가 최초로 허혈심장질환으로 진단된 경우
→ 50만원 지급

사례2 : 피보험자가 다른 진단 없이 최초로 급성심근경색증으로 진단된 경우
→ 1,000만원 지급(허혈심장질환 50만원 + 급성심근경색증 950만원)

사례3 : 피보험자가 다른 진단 없이 최초로 중증급성심근경색증으로 진단된 경우
→ 2,000만원 지급(허혈심장질환 50만원 + 급성심근경색증 950만원 + 중증심근경색증 1,000만원)

사례4 : 사례1에서 허혈심장질환으로 보험금 50만원을 지급받은 피보험자가 이후에 다시 중증심근경색증으로 진단된 경우
→ 1,950만원 지급(급성심근경색증 950만원 + 중증심근경색증 1,000만원)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("허혈심장질환", "급성심근경색증" 및 "중증급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈심장질환" 이라 함은 「허혈심장질환 분류표」(【별표20】 허혈심장질환분류표 참조)에서 정한 협심증, 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 기타 급성 허혈심장질환, 만성허혈심장병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증" 이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표21】급성심근경색증 분류표 참조)에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "중증급성심근경색증"이라 함은 "급성심근경색증" 중에서 좌심실 구혈률(ejection fraction)이 비가역적으로 30%미만인 경우를 말합니다.

4 위 3에서 좌심실 구혈률은 급성심근경색증의 경과상 변동할 수 있기 때문에 급성기를 지나 안정화된 상태에서 심장초음파검사를 시행해 얻은 좌심실 구혈률 수치를 근거로 하며, 의사가 급성심근경색증 치료를 시작한 날로부터 최소 6일 이후에 측정된 수치여야 합니다.

5 "허혈심장질환", "급성심근경색증" 및 "중증급성심근경색증"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 "허혈심장질환", "급성심근경색증" 및 "중증급성심근경색증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

5. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입

하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 단계별허혈심장질환진단비 중 허혈심장질환 또는 급성심근경색증에 해당하는 보험금을 지급한 경우에 각각에 대한 회사의 보장책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 단계별허혈심장질환진단비 중 중증급성심근경색증에 해당하는 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 2에 따라 이 특별약관의 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

4 위 2 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

42 | 급성심근경색증진단비 특별약관

42-1 | 급성심근경색증진단비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 급성심근경색증으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 급성심근경색증진단비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
급성심근경색증진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증" 이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표 21】급성심근경색증 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

42-2 | 급성심근경색증진단비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 급성심근경색증으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 급성심근경색증진단비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	경과기간	지급금액
급성심근경색증진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
급성심근경색증진단비 (1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증" 이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표 21】급성심근경색증 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

5. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우에

그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

43 | 허혈심장질환수술비 특별약관

43-1 | 허혈심장질환수술비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 허혈심장질환수술비를 지급합니다.

구분	지급금액	
허혈심장질환수술비	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("허혈심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈심장질환" 이라 함은 「허혈심장질환 분류표」【별표20】 허혈심장질환 분류표 참조)에서 정한 협심증, 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 기타 급성 허혈심장질환, 만성허혈심장병을 말합니다.

2 "허혈심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등

하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

② 위 ①에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

① 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

43-2 | 허혈심장질환수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 허혈심장질환수술비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액	
허혈심장질환수술비	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
허혈심장질환수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해

과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("허혈심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈심장질환" 이라 함은 「허혈심장질환 분류표」(【별표20】 허혈심장질환 분류표 참조)에서 정한 협심증, 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 기타 급성 허혈심장질환, 만성허혈심장병을 말합니다.

2 "허혈심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 20.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

44 | 급성심근경색증수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급성심근경색증으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 급성심근경색증수술비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액	
급성심근경색증 수술비	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
급성심근경색증수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급

하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증" 이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표 21】급성심근경색증 분류표 참조)에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

2 "급성심근경색증"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을

보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 20.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

45 | 허혈심장질환입원일당(4일이상120일한도) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 허혈심장질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 4일째 입원일로부터 입원1일당 다음과 같이 허혈심장질환입원일당(4일이상120일한도)을 지급합니다.

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
허혈심장질환입원일당 (4일이상120일한도)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

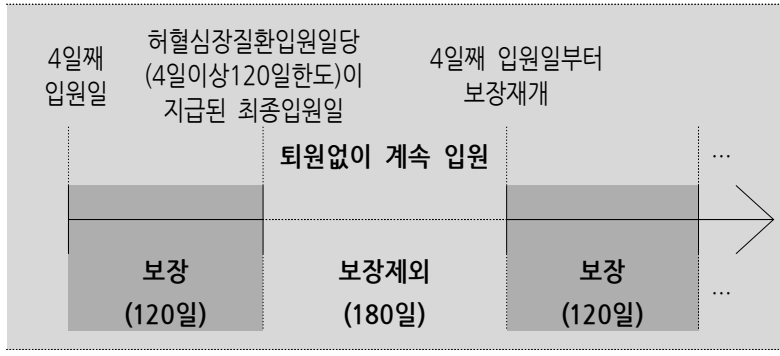
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 허혈심장질환입원일당(4일이상120일한도) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

2 동일한 허혈심장질환의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 허혈심장질환의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 상기 2에도 불구하고 동일한 허혈심장질환에 대한 입원이라도 허혈심장질환입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 허혈심장질환입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 허혈심장질환입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1.(보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 1 및 2를 적용하여 허혈심장질환입원일당(4일이상120일한도)를 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 허혈심장질환입원일당(4일이상120일한도)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

6 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

7 위 6에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

8 위 7의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 7의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

10 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("허혈심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈심장질환" 이라 함은 「허혈심장질환 분류표」【별표20】 허혈심장질환 분류표 참조)에서 정한 협심증, 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 기타 급성 허혈심장질환, 만성허혈심장병을 말합니다.

2 허혈심장질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. ("입원"의 정의와 장소)

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 9.(적립환급금의 지급)에서 정한 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

46 | 특정류마티스관절염진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 특정류마티스관절염으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 특정류마티스관절염진단비를 지급합니다.

구분	지급금액	
특정류마티스관절염진단비(1회한)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (“특정류마티스관절염”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “특정 류마티스관절염”이라 함은 다음의 ‘가’와 ‘나’의 두가지 요건을 모두 만족하는 질병을 말합니다.

가. 류마티스관절염은 미국 류마티스학회 분류기준[ACR RA Classification (1987)]에 의거하여 명확하게 진단되어야 합니다. 다만, 퇴행성 골관절염 등의 골관절염은 제외합니다. 다음 7개 항목 중 적어도 4개 이상을 만족해야 하며, 1)~4)항목은 최소 6주 이상 지속되어야 하고, 2)~5)항목은 류마티스 전문의에 의해 확인되어야 합니다.

[미국 류마티스학회 류마티스관절염 분류기준
(ACR RA Classification,1987)]

1) 조조강직 : 1시간 이상 지속되는 관절 및 주위의 강직
2) 14개의 관절 중 3관절 이상을 침범하는 관절의 부종
3) 수지 관절의 부종 : 손목관절, 중수지관절 혹은 근위지관절
4) 대칭적 관절의 부종
5) 류마티스 결정 양성
6) 혈청 류마티스인자 양성
7) 방사선 소견 : 손과 손목의 방사선 사진상 침범된 관절 주위에 국한된 미란이나 명백한 탈회를 포함하는 전형적인 류마티스관절염 소견

나. 항류마티스약제(Disease modifying anti rheumatic drugs, DMARDs)로 치료를 받은 적이 있어야 합니다. 항류마티스약제(DMARDs)로 치료 받았거나 치료 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 다만, 아세틸살리실산 제제 등 비스테로이드성항염제는 제외됩니다.
다만, 임상학적으로 류마티스관절염 치료를 위해 항류마티스약제(DMARDs) 치료가 필요함에도 불구하고 다음의 1) 또는 2)에 해당되어 치료를 받지 못할 경우, 다음의 1) 또는 2)에 해당됨을 증명할 만한 문서화된 기록이나 증거로 대신할 수 있습니다.

1) 부작용 등의 이유로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받을 수 없는 경우
2) 항류마티스약제(DMARDs)를 대체할만한 새로운 대체 치료방법의 등장으로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받지 않는 경우

2 "특정 류마티스관절염"의 진단확정은 해당 분야(류마티스내과 등) 전문의사 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 특정류마티스관절염진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

47 | 중대한 재생불량성빈혈진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 중대한 재생불량성빈혈로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 중대한 재생불량성빈혈진단비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
중대한 재생불량성빈혈진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("중대한 재생불량성빈혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중대한 재생불량성빈혈"이라 함은 "영구적인 재생불량성 빈혈"로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 받고 있고 현재 골수 이식이 필요하다고 인정된 질병상태를 말합니다.

2 위 1에서 "영구적인 재생불량성 빈혈"이라 함은 만성 골수부전상태로서 호중구 수가 200/mm3미만 이거나, 또는 골수세포충실성(bone marrow cellularity)이 25%이하이고 동시에 다음중 두가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.

① 호중구 수가 500/mm3미만

② 혈소판 수가 20,000/mm3미만

③ 망상적혈구 수가 20,000/mm3미만

3 단, 일시적이거나 회복이 가능한 재생불량성 빈혈은 보장에서 제외됩니다.

4 중대한 재생불량성빈혈의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 중대한 재생불량성빈혈의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한 재생불량성빈혈진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

48 | 만성당뇨합병증진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 만성당뇨합병증으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 만성당뇨합병증진단비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
만성당뇨합병증진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("만성당뇨합병증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "만성당뇨합병증"이라 함은 「만성당뇨합병증 분류표」(【별표 22】만성당뇨합병증 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "만성당뇨합병증"의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 반드시 피보험자가 당뇨병의 병력과 함께 다음과 같은 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다.

① 당뇨병성 망막증 : 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조형술을 시행하여 망막출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우

② 당뇨병성 신증 : 소변검사상 단백뇨가 생길 수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백질 500mg이상 검출된 경우 (단백뇨군으로 분류), 혈청 크레아틴치가 1.5mg/dl이상인 경우 (당뇨로 인한 신부전증으로 분류)

③ 당뇨병성 신경병증 : 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우

④ 당뇨병성 말초순환장애 : 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 만성당뇨합병증진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

49 | 말기신부전증진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 말기신부전으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 말기신부전증진단비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
말기신부전증진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.
5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("말기신부전증"의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 "말기신부전증" 이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성 신장병(제7차 개정 한국표준질병사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단비를 지급한 경우에 그

손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

50 | 말기폐질환진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 말기폐질환(End stage Lung Disease)으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 말기폐질환진단비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
말기폐질환진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.
5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("말기폐질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "말기폐질환"으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「말기폐질환 분류표」(【별표23】말기폐질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "말기폐질환"이라 함은 위 1에 포함되고 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 두가지 특징을 모두 보여야 합니다.
① 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
② 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25%이하
3 "말기폐질환"의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원

또는 이와 동등하다고 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사,치과의사 제외) 자격증을 가진 자(이하 “의사”라고 합니다.)에 의하려 내려져야합니다. 또한 회사가 “말기폐질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 말기폐질환진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

51 | 말기간경화진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 말기간경화로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 말기간경화진단비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
말기간경화진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("말기간경화"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "말기간경화"라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한가지 이상의 원인이 됩니다.
① 통제가 불가능한 복수증
② 영구적인 황달
③ 위나 식도벽의 정맥류
④ 간성 뇌증

2 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.

3 "말기간경화"의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사,치과의사 제외) 자격증을 가진 자(이하 "의사"라고 합니다.)에 의하려 내려져야하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope LiverScan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan)등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "말기간경화"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 말기간경화진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

52 | 크론병진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 크론병으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 크론병진단비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
크론병진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라

보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("크론병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "크론병(Crohn's Disease)"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 K50에 해당하는 질병을 말합니다.

2 다만, 가족성 크론병은 보장에서 제외됩니다.

3 "크론병"의 진단 확정은 조직병리학적·방사선학적 검진과 함께 내시경 검사, 전산화단층촬영(CT scan)등에 근거하여 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 내과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "크론병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 크론병진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

53 | 다발성경화증진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 다발성 경화증으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 다발성경화증진단비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
다발성 경화증진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("다발성 경화증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "다발경화증(Multiple Sclerosis)" 이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 G35에 해당하는 질병을 말합니다.

2 "다발성 경화증"의 진단확정은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌척수액검사(CSF),자기공명영상(MRI),뇌유발전위검사(Brain E-P)등을 근거로 하여 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 신경과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로하여 내려져야 합니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 다발성경화증진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

54 | 결핵진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 결핵으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 결핵진단비를 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("결핵"의 정의 및 진단확정)

1 이 약관에 있어서 「결핵」이라 함은 「결핵 분류표」(【별표24】 결핵 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말하며 약제감수성검사(신속 내성 검사를 포함합니다)에 의하여 이소니아지드(Isoniazid) 및 리팜피신(Rifampicin) 모두에 동시 내성이 있는 약제내성결핵균이 발견된 경우에도 "결핵"으로 인정합니다.

2 위 1의 「결핵」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 회사가 약제감수성검사의 확인이 필요한 경우 결핵균 검사 결과지의 제출을 요청할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 결핵진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

55 | 약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)진단비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)진단비를 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 약관에 있어서 「약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)」이라 함은 「약제내성결핵(슈퍼결핵 포함) 분류표」【별표25】(약제내성결핵(슈퍼결핵 포함) 분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말하며 약제감수성검사(신속 내성 검사를 포함합니다)에 의하여 이소니아지드(Isoniazid) 및 리팜피신(Rifampicin) 모두에 동시 내성이 있는 약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)균이 발견된 경우도 "약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)"으로 인정합니다.

2 위 1의 「약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 회사가 약제감수성검사의 확인이 필요한 경우 약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)균 검사 결과지의 제출을 요청할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

56 | 관상동맥성형수술비(PTCA) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 관상동맥성형술을 받은 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 관상동맥성형수술비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
관상동맥성형수술비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경

우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("관상동맥성형술(PTCA)"의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 "관상동맥성형술(PTCA)" 이라 함은 관상동맥질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 관상동맥우회술 대신 혈관카데터를 이용한 관상동맥확장술을 말합니다.

예) 경피적관동맥풍선확장술(Percutaneous Transluminal Balloon Angioplasty), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반절제술(Rotational Atherectomy) 등

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 관상동맥성형수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

57 | 관상동맥우회수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 관상동맥우회술을 받은 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 관상동맥우회수술비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
관상동맥우회수술비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경

우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("관상동맥우회술"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "관상동맥우회술" 이라 함은 관상동맥질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(Greater Saphenous Vein), 내유동맥(Internal Mammary Artery)등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥에 연결하여 주는 수술을 말합니다.

2 관상동맥확장술(인공혈관 등)과 다른 모든 내부동맥에 활용된 카테터(Catheter)및 레이저시술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 모두 보장에서 제외합니다.

예) 관상동맥성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반절제술(Rotational Atherectomy)

3 위 1의 관상동맥우회술은 혈관촬영법을 통해 현격한 관상동맥의 협착에 대한 근거를 제공하여야 하며 그 시술이 의학적으로 반드시 필요하다는 심장병전문의사의 판단이 있어야 합니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 관상동맥우회수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

58 | 심장판막수술치료비(경피적수술포함)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1-1. (보험금의 지급사유(개흉심장판막수술비))

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 개흉심장판막수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 개흉심장판막수술비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
개흉심장판막수술비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
개흉심장판막수술비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

1-2. (보험금의 지급사유(경피적심장판막성형수술비))

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고 또는 이 특별약관의 보험기간 중에 진단된 질병으로 인해 경피적 심장판막성형수술을 받은 경우에는 매 수술마다 다음과 같이 경피적심장판막성형수술비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액
경피적심장판막성형수술비	이 특별약관 보험가입금액의 50%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
경피적심장판막성형수술비	이 특별약관 보험가입금액의 50%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

3-1. ("개흉심장판막수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "개흉심장판막수술" 이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두 가지 기준 중 한 가지 이상에 해당하는 경우입니다.
① 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공심장판막 또는 생체판막으로 치환하여 주는 수술
② 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(valvuloplasty)

2 단, 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.
① 카테터를 이용하여 수술하는 경우
예) 경피적(피부를 통한) 판막성형술(percutaneous balloon valvuoplasty)
② 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

3-2. ("경피적심장판막성형수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "경피적심장판막성형수술" 이라 함은 심장판막의 손상 또는 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉 또는 개복을 동반하지 않고 혈관카테터를 이용하여 심장판막성형술을 받은 경우를 말합니다.
예) 경피적(피부를 통한) 풍선 판막 성형술(Percutaneous Balloon Valvuoplasty)

2 단, 개흉술 또는 개심술을 동반한 수술은 보장에서 제외합니다.

4. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

5. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1-1.(보험금의 지급사유(개흉심장판막수술비))에서 정한 개흉심장판막수술비 보험금을 지급한 때에는 개흉심장판막수술에 대한 회사의 보장책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 2에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

59 | 체내용 심박조율장치 매입술(삽입,교환) (3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하도고 우연한 외래의 사고 또는 이 특별약관의 보험기간 중에 진단된 질병을 원인으로 부정맥이 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 체내용 심박조율장치 매입술(삽입,교환)을 받은 경우에는 매 수술마다 이 특별약관의 가입금액을 지급합니다.

2 위 1에서 "체내용 심박조율장치 매입술(삽입,교환)" 이라 함은 부정맥의 치료를 위해 영구적인 인공심박동기(pacemaker) 또는 체내용 제세동기를 삽입 또는 교환하는 수술을 받은 경우를 말합니다. 다만, 영구적인 인공심박동기(pacemaker) 및 제세동기의 기기 교환을 동반하지 않는 단순 교정, 배터리교환 및 기기를 제거하는 수술은 보장에서 제외합니다. 또한, 임시적인 인공심박동기를 삽입, 교환, 교정 및 제거하는 수술도 보장에서 제외합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

4. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

5. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

60 | 대동맥류수술치료비(경피적수술포함)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1-1. (보험금의 지급사유(대동맥류인조혈관치환수술비))

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 대동맥류인조혈관치환수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 대동맥류인조혈관치환수술비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
대동맥류인조혈관치환수술비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
대동맥류인조혈관치환수술비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

1-2. (보험금의 지급사유(경피적 혈관내 대동맥류중재술비(흉부,복부)))

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고 또는 이 특별약관의 보험기간 중에 진단된 질병으로 인해 대동맥류가 발생하여 그 치료를 직접목적으로 경피적 혈관내 대동맥류중재술(흉부,복부)을 받은 경우에는 중재술을 받을 때마다 이 특별약관의 가입금액을 경피적 혈관내 대동맥류중재술비로 지급하여 드립니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액
경피적 혈관내 대동맥류중재술(흉부,복부)	이 특별약관 보험가입금액의 50%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
경피적 혈관내 대동맥류중재술(흉부,복부)	이 특별약관 보험가입금액의 50%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은

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

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

3-1. ("대동맥류인조혈관치환수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "대동맥류인조혈관치환수술" 이라 함은 대동맥류의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥류 병소를 절제(excision)하고 인조혈관(graft)으로 치환하는 수술을 말합니다. 여기에서 "대동맥"이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(branch)동맥들은 제외됩니다.

2 단, 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.

보험 지식

대동맥류인조혈관치환수술수술에서 보장하지 않는 수술

예) 경피적(피부를 통한) 혈관내 대동맥류 수술(percutaneous endovascular aneurysm repair)

3-2. ("경피적 혈관내 대동맥류중재술(흉부,복부)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "경피적 혈관내 대동맥류중재술(흉부,복부)" 이라 함은 대동맥류의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉 또는 개복을 동반하지 않고 카테터를 이용하여 혈관을 통해 인조혈관(stent graft)를 대동맥류가 발생한 병변부위에 경피적으로 삽입하는 시술을 말합니다. 여기에서 "대동맥"이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로, 대동맥의 분지(brach) 동맥들은 제외됩니다.

2 개흉술 또는 개복술을 동반한 수술은 보장에서 제외합니다.

4. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

5. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합

니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1-1.(보험금의 지급사유(대동맥류인조혈관치환수술비))에서 정한 대동맥류인조혈관치환수술비를 지급한 경우에는 대동맥류인조혈관치환수술에 대한 회사의 보장책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해지환급금을 지급하지 않습니다.
2 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
3 위 2에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

61 | 여성만성질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 여성만성질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 여성만성질병수술비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	경과기간	지급금액
여성만성질병수술비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
여성만성질병수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.
5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를

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

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("여성만성질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "여성만성질병"이라 함은 골다공증, 관절염을 말합니다.(【별표26】 여성만성질병 분류표 참조. 이하 같습니다)

2 위 1의 "여성만성질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 여성만성질병수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

6. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

7. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에

따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

62 | 부인과질병수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 부인과질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 부인과질병수술비를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	경과기간	지급금액
부인과질병수술비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
부인과질병수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의

중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("부인과질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "부인과질병"이라 함은 제자리신생물, 양성신생물, 유방의 장애, 여성골반내 장기의 염증성 질환, 여성생식기의 비염증성 장애를 말합니다. (【별표 27】부인과질병 분류표 참조 이하 같습니다.)

2 위 1의 "부인과질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 부인과질병수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

6. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

7. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에

따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

63 | 자궁적출수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 여성생식기암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 자궁적출수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 자궁적출수술비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
자궁적출수술비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("여성생식기암" 및 "자궁적출수술"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어 "여성생식기암"이라 함은 제 7차 개정 한국표준질병사인분류에서 정한「여성생식기암의 분류표」(【별표28】여성생식기암 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "자궁적출수술(hysterotomy)"이라 함은 자궁을 적출(외과적으로제거함)하는 수술로써「자궁적출수술의 분류표」(【별표29】자궁적출수술 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 수술을 말합니다.

3 위1의 "여성생식기암"에 대한 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자 "여성생식기암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 자궁적출수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 자궁적출수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

64 | 유방암으로 인한 유방수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가「이 특별약관의 보험기간」중에 보장개시일

(책임개시일) 이후에 유방암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 "유방암으로 인한 유방수술비"를 지급합니다.

구분	지급금액	
유방암으로 인한 유방수술시	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("유방암", "유방암으로 인한 유방수술"의 정의 및 진단확정)

1 이 약관에 있어서 「유방암」이라 함은 제7차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 약관에 있어서 「유방암으로 인한 유방수술」이라 함은 「유방암으로 인한 유방수술 분류표」(【별표30】유방암으로 인한 유방수술 분류표 참조, 이하 같습니다)에서 정한 수술을 말합니다. 단, 미용을 위한 수술, 유방의 조직검사(Biospy), 내시경하 수술 등은 제외합니다.

3 「유방암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유방암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 유방암(C50)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 유방암(C50)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

6. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 피보험자가 부활(효력회복)시 유방암(C50)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

65 | 남성특정비뇨기계질환수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 남성특정비뇨기계질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 남성특정비뇨기계질환수술비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
남성특정비뇨기계질환 수술비 (1회당)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("남성특정비뇨기계질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "남성특정비뇨기계질환"이라 함은 「남성특정비뇨기계질환분류표」(【별표31】남성특정비뇨기계질환분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 사구체질환, 세뇨관-간질질환, 신부전, 신장 및 요관의 기타장애, 비뇨계통의 기타질환, 남성 생식기관의 질환을 말합니다.

① 위 1에서의 "사구체질환"이라 함은 급성 신염 증후군, 급속 진행성 신염 증후군, 재발성 및 지속성 혈뇨, 만성 신염 증후군, 신 증후군, 상세불명의 신염 증후군, 명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨, 달리 분류되지 않는 유전성 신장병증, 달리 분류된 질환에서의 사구체 장애로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 사구체질환 참조)을 말합니다.

② 위 1에서의 "세뇨관-간질질환"이라 함은 급성 세뇨관-간질신장염, 만성 세뇨관-간질신장염, 급성 또는 만성으로 명시되지 않는 세뇨관-간질신장염, 폐쇄성 및 역류성 요로병증, 약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태, 기타 신세뇨관-간질 질환, 달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질 장애로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 세뇨관-간질질환 참조)을 말합니다.

③ 위 1에서의 "신부전"이라 함은 급성 급성 신부전, 만성 신장병, 상세불명의 신부전으로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 신부전 참조)을 말합니다.

④ 위 1에서의 "신장 및 요관의 기타장애"라 함은 세뇨관 기능 손상으로 인한 장애, 상세불명의 신장 위축, 원인미상의 작은 신장, 달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애, 달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타장애로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 신장 및 요관의 기타장애 참조)을 말합니다.

⑤ 위 1에서의 "비뇨계통의 기타질환"이라 함은 방광염, 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육 기능 장애, 방광의 기타 장애, 달리 분류된 질병에서의 방광 장애, 달리 분류된 질병에서의 요도 장애, 비뇨기계통의 기타 장애로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 비뇨계통의 기타질환 참조)을 말합니다.

⑥ 위 1에서의 "남성 생식기관의 질환"이라 함은 음낭수종 및 정액류, 고환의 염전, 고환염 및 부고환염, 달리 분류되지 않은 남성 생식기관의 염증성 장애, 남성 생식기관의 기타 장애, 달리 분류된 질환에서의 남성 생식기관의 장애로 분류되는 질병(남성특정비뇨기계질환 분류표 중 남성 생식기관의 질환 참조)을 말합니다.

2 위 1의 남성특정비뇨기계질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 남성특정비뇨기계수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

66 | 조혈모세포이식수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 진단확정된 질병으로 장기수혜자로서 조혈모세포이식수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 조혈모세포이식수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.
5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("조혈모 세포이식수술"의 정의 및 진단확정)

"조혈모세포이식수술"이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조

혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

① "동종(allogenic)골수조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

② "동종(allogenic)말초조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

③ "자가(autologous)골수조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.

④ "자가(autologous)말초조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.

⑤ "제대혈조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 조혈모세포이식수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

67 | 시청각질환수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 시청각질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다

이 특별약관의 보험가입금액을 시청각질환수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 위 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 녹내장 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 시청각질환수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

2 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

3 위 2에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

4 위 3의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 3의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("시청각질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "시청각질환"이라 함은 「시청각질환 분류표」(【별표39】시청각질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 위 1의 "시청각질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 시청각질환 수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것(단, 녹내장 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술 포함)을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

68 | 컴퓨터질환수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 시청각질환 또는 누적외상성질환(VDT증후군)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 컴퓨터질환수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 위 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 녹내장 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 컴퓨터질환수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

2 시청각질환수술과 누적외상성질환(VDT증후군)수술을 동시에 받을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 각각 지급합니다.

3 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

4 위 3에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

5 위 4의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 4의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

7 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (“시청각질환”, “누적외상성질환(VDT증후군)”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “시청각질환”이라 함은 「시청각질환 분류표」(【별표39】시청각질환 분류표 참조, 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 “누적외상성질환(VDT증후군)”이라 함은 「누적외상성질환(VDT증후군) 분류표」(【별표40】누적외상성질환(VDT증후군) 분류표 참조, 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

3 위 1의 “시청각질환” 및 2의 “누적외상성질환(VDT증후군)”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "시청각질환" 또는 "누적외상성질환(VDT증후군)" 수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것(단, 녹내장 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술 포함)을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

69 | 후각특정질환수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 후각특정질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 이 특별약관의 보험가입금액 후각특정질환수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년) 그 질병으로 인하여 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를

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

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("후각특정질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "후각특정질환"이라 함은 「후각특정질환 분류표」(【별표41】후각특정질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 혈관운동성 및 앨러지성 비염, 만성비염, 비인두염 및 인두염, 만성부비동염, 코폴립, 코 및 비동의 기타장애를 말합니다.

2 위 1의 "후각특정질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "후각특정질환"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 "후각특정질환"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

2 위 1 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 단순 코골음
② 코성형수술(융비술) 등 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

6. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

7. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

8. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15.(계약 후 알릴의무) 및 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

70 | 호흡기관련질병수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 「보험증권에 기재된 피보험자」가 이 특별약관의 보험기간 중에 「호흡기관련질병 분류표」(【별표42】호흡기관련질병 분류표 참조)에서 정한 호흡기관련질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 매 수술시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 호흡기관련질병수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
3 위 2의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.
5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의

중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

② 위 ①에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

4. (특별약관의 소멸)

① 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

71 | 충수염(맹장염)수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가「이 특별약관의 보험기간 중에「충수염(맹장염)분류표」(【별표43】충수염(맹장염)분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 "충수염(맹장염)"으로 수술을 받는 경우 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 충수염(맹장염) 수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 위 ②의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지

가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "충수염(맹장염)"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어풀이

신의료기술평가위원회

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

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 충수염(맹장염)수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

72 | 식중독입원일당(4일이상120일한도) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 "식중독"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「병원 또는 의원」(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 4일째 입원일로부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 식중독입원일당(4일이상120일한도)으로 지급합니다.

2 위 1에서 식중독이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요증세로 하는 급성질환으로써「식중독 분류표」(【별표44】식중독 분류표 참조. 이하 같습니다)

에 해당하는 질병으로 분류되는 경우를 말합니다.

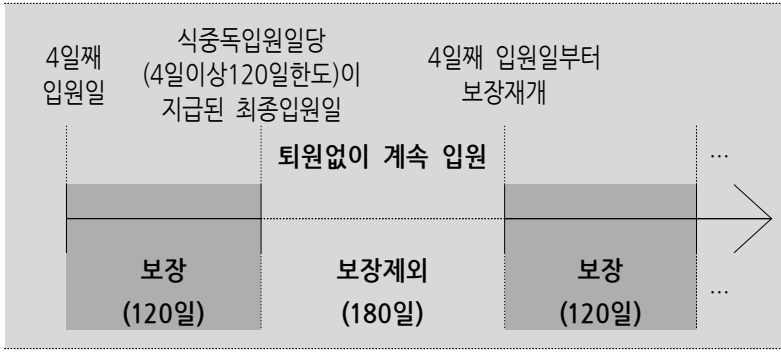
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 식중독입원일당(4일이상120일한도) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

2 동일한 식중독의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 식중독의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 상기 2에도 불구하고 동일한 식중독에 대한 입원이라도 식중독입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 식중독입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 식중독입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1.(보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 1 및 2를 적용하여 식중독입원일당(4일이상120일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 식중독입원일당(4일이상120일한도)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

6 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

7 위 6에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

8 위 7의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 7의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

10 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 「의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 식중독의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

73 | 개호유발특정질병수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 개호유발특정질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 개호유발특정질병수술비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
개호유발특정질병수술비 (1회당)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("개호유발특정질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "개호유발특정질병"이라 함은「개호유발특정질병분류표」(【별표45】개호유발특정질병분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 중추신경계통 비정형 바이러스감염, 기타 명시된 내분비 장애, 신경계통의 질환, 뇌출혈, 동맥 및 소동맥 질환, 기타 폐질환, 류마티스 관절염, 관절증, 척추병증, 골다공증을 말합니다.

① 위 1에서의 "중추신경계통 비정형 바이러스감염"이라 함은 크로이츠펠트-야콥병으로 분류되는 질병(개호유발특정질병 분류표 중 중추신경계통 비정형 바이

러스감염 참조)을 말합니다.
② 위 1에서의 "기타 명시된 내분비 장애"라 함은 조로증으로 분류되는 질병(개호유발특정질병 분류표 중 기타 명시된 내분비 장애 참조)을 말합니다.
③ 위 1에서의 "신경계통의 질환"이라 함은 헌팅톤병, 조기발병 소뇌성 운동실조, 만기발병 소뇌성 운동실조, 운동신경세포병, 파킨슨 병, 알츠하이머병, 중증근무력증으로 분류되는 질병(개호유발특정질병 분류표 중 신경계통의 질환 참조)을 말합니다.
④ 위 1에서의 "뇌출혈"이라 함은 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈로 분류되는 질병(개호유발특정질병 분류표 중 뇌출혈 참조)을 말합니다.
⑤ 위 1에서의 "동맥 및 소동맥 질환"이라 함은 죽상경화증으로 분류되는 질병(개호유발특정질병 분류표 중 동맥 및 소동맥 질환 참조)을 말합니다.
⑥ 위 1에서의 "기타 폐질환"이라 함은 기타 만성 폐색성 폐질환으로 분류되는 질병(개호유발특정질병 분류표 중 기타 폐질환 참조)을 말합니다.
⑦ 위 1에서의 "류마티스 관절염"이라 함은 혈청검사 양성 류마티스 관절염, 기타 류마티스 관절염으로 분류되는 질병(개호유발특정질병 분류표 중 류마티스 관절염 참조)을 말합니다.
⑧ 위 1에서의 "관절증"이라 함은 고관절증, 무릎관절증으로 분류되는 질병(개호유발특정질병 분류표 중 무릎관절증 참조)을 말합니다.
⑨ 위 1에서의 "척추병증"이라 함은 척추 협착, 기타 명시된 척추병증으로 분류되는 질병(개호유발특정질병 분류표 중 척추병증 참조)을 말합니다.
⑩ 위 1에서의 "골다공증"이라 함은 병적 골절을 동반한 골다공증으로 분류되는 질병(개호유발특정질병 분류표 중 골다공증 참조)을 말합니다.

2 위 1의 개호유발특정질병의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 개호유발특정질병수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

74 | 노인성질병입원일당(4일이상120일한도) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 "노인성질병"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원한 경우에는 4일째 입원일로부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 노인성질병입원일당(4일이상120일한도)으로 지급합니다.

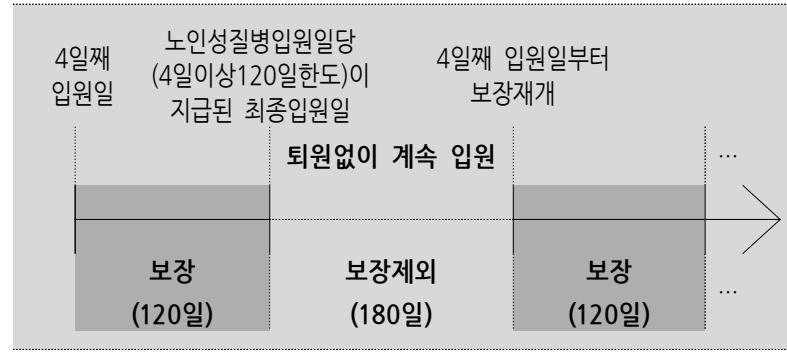
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 노인성질병입원일당(4일이상120일한도) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

2 1.(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후에 노인성질병의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함)이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 상기 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 노인성질병입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 노인성질병입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 노인성질병입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1.(보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 1 및 2를 적용하여 노인성질병입원일당(4일이상120일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 노인성질병입원일당(4일이상120일한도)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

6 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

7 위 6에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

8 위 7의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 7의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("노인성질병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "노인성질병"이라 함은「노인성질병분류표」(【별표46】노인성질병 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 치매, 파킨슨병, 뇌혈관질환을 말합니다.

① 위 ①에서의 "치매"라 함은 알츠하이머병에서의 치매, 혈관성 치매, 달리 분류된 기타 질환에서의 치매, 상세불명의 치매, 알츠하이머병으로 분류되는 질병(노인성질병 분류표 중 치매 참조)을 말합니다.

② 위 ①에서의 "파킨슨병"이라 함은 파킨슨 병, 이차성 파킨슨병, 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증, 기저핵의 기타 퇴행성 질환으로 분류되는 질병(노인성질병 분류표 중 파킨슨병 참조)을 말합니다.

③ 위 ①에서의 "뇌혈관질환"이라 함은 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍, 뇌경색증으로 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착, 뇌경색증으로 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애, 뇌혈관질환의 후유증으로 분류되는 질병(노인성질병 분류표 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다.

② 위 ①의 노인성질병의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 노인성질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (특별약관의 소멸)

① 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

75 | 특정전염병치료비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가「이 특별약관의 보험기간」중에 【별표47】"특정전염병 분류표"에서 정한 특정전염병에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 특정전염병치료비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도

보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

76 | 정신 및 행동장애 입원비(4일이상)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 "정신 및 행동장애"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 다음과 같이 정신 및 행동장애 입원비(4일이상)를 지급합니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액	
정신 및 행동장애 입원비(4일이상)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액
정신 및 행동장애 입원비(4일이상)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 정신 및 행동장애의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

2 상기 1에도 불구하고 동일한 정신 및 행동장애에 대한 입원이라도 정신 및 행동장애 입원비(4일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

3 1.(보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 1을 적용하여 정신 및 행동장애 입원비(4일이상)을 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 정신 및 행동장애 입원비(4일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
6 위 5에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
7 위 6의 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
8 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 7의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.
9 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("정신 및 행동장애"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "정신 및 행동장애"라 함은 「정신 및 행동장애 분류표」(【별표48】정신 및 행동장애 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
2 위 1의 "정신 및 행동장애"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 정신 및 행동장애의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

5. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

6. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및

금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

7. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

77 | 희귀난치성질환수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 희귀난치성질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 희귀난치성질환수술비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
희귀난치성질환수술비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("희귀난치성질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "희귀난치성질환"이라 함은 「희귀난치성질환 분류표」(【별표32】희귀난치성질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 위 1의 희귀난치성질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 희귀난치성질환수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

78 | 희귀난치성질환입원일당(4일이상120일한도) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 "희귀난치성질환"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원한 경우에는 4일째 입원일로부터 입원1일당 다음과 같이 희귀난치성질환입원일당(4일이상120일한도)을 지급합니다.

구분	지급금액	
희귀난치성질환 입원일당 (4일이상120일한도)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

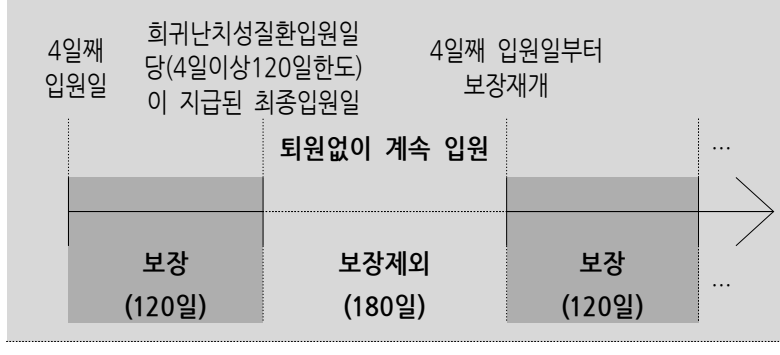
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 희귀난치성질환입원일당(4일이상120일한도) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

2 1.(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후에 희귀난치성질환의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함)이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 상기 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 희귀난치성질환입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 희귀난치성질환입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 희귀난치성질환입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1.(보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 1 및 2를 적용하여 희귀난치성질환입원일당(4일이상120일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 희귀난치성질환입원일당(4일이상120일한도)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

6 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

7 위 6에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

8 위 7의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 7의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

10 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (“희귀난치성질환”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “희귀난치성질환”이라 함은 「희귀난치성질환 분류표」(【별표 32】희귀난치성질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
2 위 1의 희귀난치성질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 희귀난치성질환의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

79 | 특정 3대 성인질병수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 특정 3대 성인질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 특정 3대 성인질병수술비를 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
특정 3대 성인질병수술비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
3 위 2의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.
5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("특정 3대 성인질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "특정 3대 성인질병"이라 함은 「특정 3대 성인질병 분류표」(【별표33】특정 3대 성인질병 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 간질환, 특정 심장질환, 특정 뇌질환을 말합니다.

① 위 1에서의 "간질환"이라 함은 바이러스 간염, 간의 질환으로 분류되는 질병(특정 3대 성인질병 분류표 중 간질환 참조)을 말합니다.

② 위 1에서의 "특정 심장질환"이라 함은 고혈압성 심장병, 고혈압성 심장 및 신장병, 급성심근경색증, 협심증으로 분류되는 질병(특정 3대 성인질병 분류표 중 특정 심장질환 참조)을 말합니다.

③ 위 1에서의 "특정 뇌질환"이라 함은 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 고혈압성 뇌병증으로 분류되는 질병(특정 3대 성인질병 분류표 중 특정 뇌질환 참조)을 말합니다.

2 위 1의 "특정 3대 성인질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

80 | 특정 3대 성인질병입원일당(4일이상180일한도) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 특정 3대 성인질병으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 4일째 입원일로부터 입원1일당 다음과 같이 특정 3대 성인질병입원일당(4일이상180일한도)을 지급합니다.

구분	지급금액	
특정 3대 성인질병입원일당 (4일이상180일한도)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

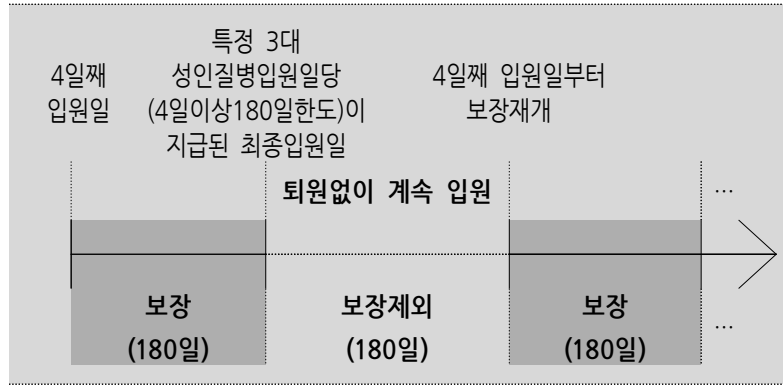
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 특정 3대 성인질병입원일당(4일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 동일한 특정 3대 성인질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 특정 3대 성인질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 상기 2에도 불구하고 동일한 특정 3대 성인질병에 대한 입원이라도 특정 3대 성인질병입원일당(4일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 특정 3대 성인질병입원일당(4일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 특정 3대 성인질병입원일당(4일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1.(보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 1 및 2를 적용하여 특정 3대 성인질병입원일당(4일이상180일한도)를 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 특정 3대 성인질병입원일당(4일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

6 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

7 위 6에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

8 위 7의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 7의 보험계약 청

약일로 하여 적용합니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("특정 3대 성인질병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "특정 3대 성인질병"이라 함은 「특정 3대 성인질병 분류표」(【별표33】특정 3대 성인질병 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 간질환, 특정 심장질환, 특정 뇌질환을 말합니다.

① 위 ①에서의 "간질환"이라 함은 바이러스 간염, 간의 질환으로 분류되는 질병(특정 3대 성인질병 분류표 중 간질환 참조)을 말합니다.

② 위 ①에서의 "특정 심장질환"이라 함은 고혈압성 심장병, 고혈압성 심장 및 신장병, 급성심근경색증, 협심증으로 분류되는 질병(특정 3대 성인질병 분류표 중 특정 심장질환 참조)을 말합니다.

③ 위 ①에서의 "특정 뇌질환"이라 함은 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 고혈압성 뇌병증으로 분류되는 질병(특정 3대 성인질병 분류표 중 특정 뇌질환 참조)을 말합니다.

② 위 ①의 "특정 3대 성인질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 특정 3대 성인질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (특별약관의 소멸)

① 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 9.(적립환급금의 지급)에서 정한 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

81 | 인후질환수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 인후질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 인후질환수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도

보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("인후질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "인후질환"이라 함은「인후질환 분류표」(【별표34】인후질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 위 1의 "인후질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

82 | 탈장질환수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 탈장질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 탈장질환수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("탈장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "탈장질환"이라 함은 「탈장질환 분류표」(【별표35】탈장질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 위 1의 "탈장질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

83 | 담석·담도질환수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 담석·담도질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 담석·담도질환수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("담석·담도질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "담석·담도질환"이라 함은 「담석·담도질환 분류표」【별표36】 담석·담도질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 위 1의 "담석·담도질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택

등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

84 | 질병수술한방치료비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 수술을 받은 후 그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우 1사고당 아래와 같이 보장합니다.

구분	지급금액	보장한도
첩약	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
약침	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회한
특정한방물리요법	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회한

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 위 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 보장하며 이후 동일한 기준으로 반복 보장합니다.

2 1.(보험금의 지급사유)의 경우 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 1회의 사고로 보아 보장합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3 위 2에서 “같은 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 수술한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다.

4 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해

과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

5 위 4에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

6 위 5의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 5의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

8 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비는 보장하지 않습니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대해서는 보장하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F04~F99)

② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)

④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)

⑤ 비만(E66)

⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)

⑦ 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)

⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산

② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자확인을 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([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

⑥ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

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

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증

상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

4. (“첩약”의 정의)

이 특별약관에서 '첩약'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 '한약' 또는 '한약재' 및 약사법 제2조에서 정한 '한약'을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제 급여목록 및 상한금액표(보건복지부 고시 제2015-133호) 별표 1 한약제제급여목록표」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

용어 풀이

한약제제

갈근, 감국, 감초엑스산 등의 단미엑스산제와 가미소요산, 갈근탕, 갈근해기탕 등의 혼합엑스산제를 말합니다.

5. (“약침”의 정의)

이 특별약관에서 '약침'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 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(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여목록」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술」과 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-1	49010	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 약침술

용어 풀이

약침

봉약침, 경락약침, 팔강약침, 자하거 약침, 중성어혈약침, 황련해독약침 등을 말합니다. 경혈침술, 안와내 침술, 비강내침술, 복강내 침술, 관절내침술, 척추간 침술, 투자법 침술 등과 같은 일반침은 약침에 해당하지 않습니다.

6. (“특정한방물리요법”의 정의)

이 특별약관에서 '특정한방물리요법'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-2	49020	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 한방물리요법(경피경근온열요법, 경피적외선조사요법 및 경피경근한냉요법은 제외)

용어 풀이

추나요법

교정용 테이블에서 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 치료기술을 말합니다.

용어 풀이

경피전기자극요법

경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근간섭저주파요법

간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근초음파요법

경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

7. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

8. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

9. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야

하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

10. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

11. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 담보는 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 담보가 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

85 | 암한방치료비(유사암 및 대장점막내암 제외)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(유사암 및 대장점막내암 제외)으로 진단확정된 후 그 암(유사암 및 대장점막내암 제외)의 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우 아래와 같이 보장합니다. 단, 최초의 암(유사암 및 대장점막내암 제외)에 한하여 보장합니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액		보장한도
첩약	경과기간	지급금액	3회한
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%	
약침	경과기간	지급금액	5회한
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%	
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 10%	
특정한방물리요법	경과기간	지급금액	5회한
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%	
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 10%	

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액	보장한도
첩약	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
약침	이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한
특정한방 물리요법	이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다

구분	보장개시일(책임개시일)
최초계약의 경우	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
갱신계약의 경우	이 특별약관의 갱신일

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("암(유사암 및 대장점막내암 제외)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암(유사암 및 대장점막내암 제외)"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외)」(【별표8-1】악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)와 아래 2에서 정한 "대장점막내암"은 제외합니다.

보험지식

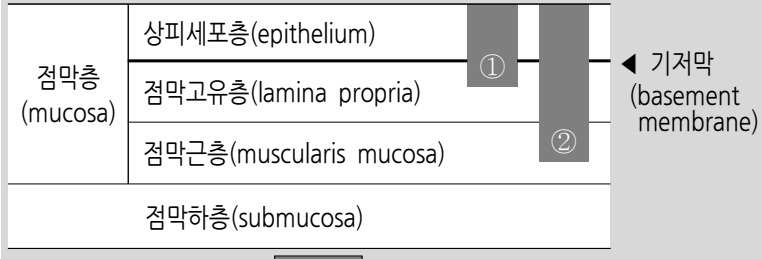
유의사항

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

2 이 특별약관에 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.

보험 지식

대장점막내암 예시



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

3 "암(유사암 및 대장점막내암 제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암 및 대장점막내암 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. ("첩약"의 정의)

이 특별약관에서 '첩약'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 '한약' 또는 '한약재' 및 약사법 제2조에서 정한 '한약'을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제 급여목록 및 상한금액표(보건복지부 고시 제2015-133호) 별표 1 한약제제급여목록표」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

용어 풀이

한약제제

갈근, 감국, 감초엑스산 등의 단미엑스산제와 가미소요산, 갈근탕, 갈근해기탕 등의 혼합엑스산제를 말합니다.

5. ("약침"의 정의)

이 특별약관에서 '약침'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 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(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 급여 비급여목록」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술」과 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-1	49010	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 약침술

용어 풀이

약침

봉약침, 경락약침, 팔강약침, 자하거 약침, 중성어혈약침, 황련해독약침 등을 말합니다. 경혈침술, 안와내 침술, 비강내침술, 복강내 침술, 관절내침술, 척추간 침술, 투자법 침술 등과 같은 일반침은 약침에 해당하지 않습니다.

6. ("특정한방물리요법"의 정의)

이 특별약관에서 '특정한방물리요법'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니

다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-2	49020	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 한방물리요법(경피경근온열요법, 경피적외선조사요법 및 경피경근한냉요법은 제외)

용어 풀이

추나요법

교정용 테이블에서 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 치료기술을 말합니다.

용어 풀이

경피전기자극요법

경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근간섭저주파요법

간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근초음파요법

경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암 및 대장점막내암 제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암 및 대장점막내암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

9. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

10. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으

면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

11. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

12. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에 따라 첩약 한방치료비 3회, 약침 한방치료비 5회 또는 특정한방물리요법 한방치료비 5회를 지급한 경우에는 각각 첩약 한방치료비, 약침 한방치료비, 특정한방물리요법 한방치료비에 대한 회사의 보장책임은 소멸되며, 회사는 소멸되는 보장에 대한 해지환급금은 지급하지 아니합니다.

2 위 1에 따라 첩약 한방치료비, 약침 한방치료비, 특정한방물리요법 한방치료비에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 2에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

4 위 2 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

13. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

86 | 유사암한방치료비(대장점막내암포함)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암으로 진단확정된 후 그 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암의 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우 아래와 같이 보장합니다. 단, 최초의 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암에 한하여 보장합니다.

구분		지급금액	보장한도
제자리암 한방치료비	첩약	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
	약침	이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한
	특정한방 물리요법	이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한

구분		지급금액	보장한도
경계성종양 한방치료비	첩약	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
	약침	이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한
	특정한방 물리요법	이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한

구분		지급금액	보장한도
기타피부암 한방치료비	첩약	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
	약침	이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한
	특정한방 물리요법	이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한

구분		지급금액	보장한도
갑상선암 한방치료비	첩약	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
	약침	이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한
	특정한방 물리요법	이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한

구분		지급금액	보장한도
대장점막내암 한방치료비	첩약	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
	약침	이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한
	특정한방 물리요법	이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8-2】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

3 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에

대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

5. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

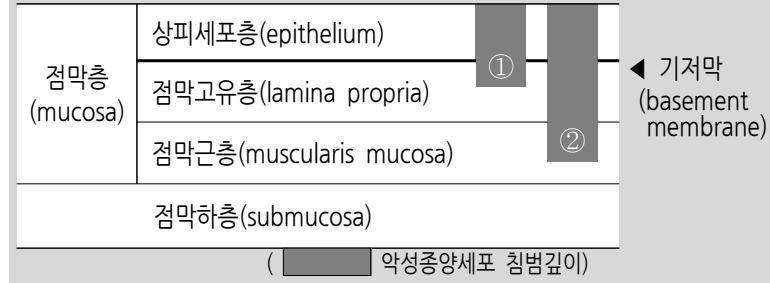
2 “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

6. (“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 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.

보험 지식

대장점막내암 예시



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

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

7. (“첩약”의 정의)

이 특별약관에서 '첩약'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 '한약' 또는 '한약재' 및 약사법 제2조에서 정한 '한약'을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제 급여목록 및 상한금액표(보건복지부 고시 제2015-133호) 별표 1 한약제제급여목록표」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

한약제제

갈근, 감국, 감초엑스산 등의 단미엑스산제와 가미소요산, 갈근탕, 갈근해기탕 등의 혼합엑스산제를 말합니다.

8. (“약침”의 정의)

이 특별약관에서 '약침'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 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(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여목록」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술」과 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

분류번호	코드	분류
허-1	49010	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 약침술

약침

봉약침, 경락약침, 팔강약침, 자하거 약침, 중성어혈약침, 황련해독약침 등을 말합니다. 경혈침술, 안와내 침술, 비강내침술, 복강내 침술, 관절내침술, 척추간 침술, 투자법 침술 등과 같은 일반침은 약침에 해당하지 않습니다.

9. (“특정한방물리요법”의 정의)

이 특별약관에서 '특정한방물리요법'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

분류번호	코드	분류
허-2	49020	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 한방물리요법(경피경근온열요법, 경피적외선조사요법 및 경피경근한냉요법은 제외)

추나요법

교정용 테이블에서 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 치료기술을 말합니다.

경피전기자극요법

경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근간섭저주파요법

간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근초음파요법

경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

10. (보험기간 및 자동갱신)

① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

11. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

12. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

13. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에 따라 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암에 대해 각각 첩약 한방치료비 3회를 모두 지급한 경우 첩약 한방치료비에 대한 회사의 보장책임은 소멸되며, 회사는 소멸되는 보장에 대한 해지환급금은 지급하지 아니합니다.

2 회사가 1.(보험금의 지급사유)에 따라 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암에 대해 각각 약침 한방치료비 5회를 모두 지급한 경우 약침 한방치료비에 대한 회사의 보장책임은 소멸되며, 회사는 소멸되는 보장에 대한 해지환급금은 지급하지 아니합니다.

3 회사가 1.(보험금의 지급사유)에 따라 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암에 대해 각각 특정한방물리요법 한방치료비 5회를 모두 지급한 경우 특정한방물리요법 한방치료비에 대한 회사의 보장책임은 소멸되며, 회사는 소멸되는 보장에 대한 해지환급금은 지급하지 아니합니다.

4 위 1 내지 3에 따라 첩약 한방치료비, 약침 한방치료비, 특정한방물리요법 한방치료비에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

5 위 4에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

6 위 4 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

14. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

87 | 항암방사선·약물한방치료비(유사암제외) (3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(유사암제외)으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 후 그 암(유사암제외)의 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우 아래와 같이 보장합니다. 단, 최초의 암(유사암제외)에 한하여 보장합니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액	보장한도
첩약	경과기간: 보험계약일로부터 1년미만 → 이 특별약관 보험가입금액의 50% 경과기간: 보험계약일로부터 1년이상 → 이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
약침	경과기간: 보험계약일로부터 1년미만 → 이 특별약관 보험가입금액의 5% 경과기간: 보험계약일로부터 1년이상 → 이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한
특정한방 물리요법	경과기간: 보험계약일로부터 1년미만 → 이 특별약관 보험가입금액의 5% 경과기간: 보험계약일로부터 1년이상 → 이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액	보장한도
첩약	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
약침	이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한
특정한방 물리요법	이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("암(유사암제외)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)」(【별표8-1】악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

보험 지식

유의사항

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

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

4. ("항암방사선 · 약물치료"의 정의)

1 이 계약에 있어서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자(보험대상자)의 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암(유사암제외)을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)을 말합니다.

2 이 계약에 있어서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

5. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

6. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

7. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

8. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통

약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

9. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에 따라 첩약 한방치료비 3회, 약침 한방치료비 5회 또는 특정한방물리요법 한방치료비 5회를 지급한 경우에는 각각 첩약 한방치료비, 약침 한방치료비, 특정한방물리요법 한방치료비에 대한 회사의 보장책임은 소멸되며, 회사는 소멸되는 보장에 대한 해지환급금은 지급하지 아니합니다.

2 위 1에 따라 첩약 한방치료비, 약침 한방치료비, 특정한방물리요법 한방치료비에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 2에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

4 위 2 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

88 | 뇌출혈한방치료비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌출혈로 진단확정된 후 그 뇌출혈의 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우 아래와 같이 보장합니다. 단, 최초의 뇌출혈에 한하여 보장합니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액		보장한도
첩약	경과기간	지급금액	3회한
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%	
약침	경과기간	지급금액	5회한
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%	
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 10%	
특정한방물리요법	경과기간	지급금액	5회한
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%	
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 10%	

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액	보장한도
첩약	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
약침	이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한
특정한방물리요법	이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌출혈" 이라 함은 「뇌출혈 분류표」(【별표17】뇌출혈 분류표 참조)에서 정한 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈을 말합니다.

2 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. ("첩약"의 정의)

이 특별약관에서 '첩약'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 '한약' 또는 '한약재' 및 약사법 제2조에서 정한 '한약'을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제 급여목록 및 상한금액표(보건복지부 고시 제2015-133호) 별표 1 한약제제급여목록표」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

용어 풀이

한약제제

갈근, 감국, 감초엑스산 등의 단미엑스산제와 가미소요산, 갈근탕, 갈근해기탕 등의 혼합엑스산제를 말합니다.

5. (“약침”의 정의)

이 특별약관에서 '약침'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 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(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여목록」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술」과 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-1	49010	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 약침술

용어 풀이

약침

봉약침, 경락약침, 팔강약침, 자하거 약침, 중성어혈약침, 황련해독약침 등을 말합니다. 경혈침술, 안와내 침술, 비강내침술, 복강내 침술, 관절내침술, 척추간 침술, 투자법 침술 등과 같은 일반침은 약침에 해당하지 않습니다.

6. (“특정한방물리요법”의 정의)

이 특별약관에서 '특정한방물리요법'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-2	49020	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 한방물리요법(경피경근온열요법, 경피적외선조사요법 및 경피경근한냉요법은 제외)

용어 풀이

추나요법

교정용 테이블에서 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 치료기술을 말합니다.

용어 풀이

경피전기자극요법

경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근간섭저주파요법

간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근초음파요법

경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

7. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

8. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

9. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에 따라 첩약 한방치료비 3회, 약침 한방치료비 5회 또는 특정한방물리요법 한방치료비 5회를 지급한 경우에는 각각 첩약 한방치료비, 약침 한방치료비, 특정한방물리요법 한방치료비에 대한 회사의 보장책임은 소멸되며, 회사는 소멸되는 보장에 대한 해지환급금은 지급하지 아니합니다.

2 위 1에 따라 첩약 한방치료비, 약침 한방치료비, 특정한방물리요법 한방치료비에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 2에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

4 위 2 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

89 | 급성심근경색증한방치료비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급성심근경색증으로 진단확정된 후 그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우 아래와 같이 보장합니다. 단, 최초의 급성심근경색증에 한하여 보장합니다.

① 최초계약의 경우

구분	지급금액	보장한도
첩약	경과기간: 보험계약일로부터 1년미만 / 지급금액: 이 특별약관 보험가입금액의 50% 경과기간: 보험계약일로부터 1년이상 / 지급금액: 이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
약침	경과기간: 보험계약일로부터 1년미만 / 지급금액: 이 특별약관 보험가입금액의 5% 경과기간: 보험계약일로부터 1년이상 / 지급금액: 이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한
특정한방물리요법	경과기간: 보험계약일로부터 1년미만 / 지급금액: 이 특별약관 보험가입금액의 5% 경과기간: 보험계약일로부터 1년이상 / 지급금액: 이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한

② 갱신계약의 경우

구분	지급금액	보장한도
첩약	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
약침	이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한
특정한방물리요법	이 특별약관 보험가입금액의 10%	5회한

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증" 이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표21】급성심근경색증 분류표 참조)에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진

자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

4. ("첩약"의 정의)

이 특별약관에서 '첩약'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 '한약' 또는 '한약재' 및 약사법 제2조에서 정한 '한약'을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제 급여목록 및 상한금액표(보건복지부 고시 제2015-133호) 별표 1 한약제제급여목록표」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

용어 풀이

한약제제

갈근, 감국, 감초엑스산 등의 단미엑스산제와 가미소요산, 갈근탕, 갈근해기탕 등의 혼합엑스산제를 말합니다.

5. ("약침"의 정의)

이 특별약관에서 '약침'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 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(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여목록」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술」과 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-1	49010	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 약침술

용어 풀이

약침

봉약침, 경락약침, 팔강약침, 자하거 약침, 중성어혈약침, 황련해독약침 등을 말합니다. 경혈침술, 안와내 침술, 비강내침술, 복강내 침술, 관절내침술, 척추간 침술, 투자법 침술 등과 같은 일반침은 약침에 해당하지 않습니다.

6. ("특정한방물리요법"의 정의)

이 특별약관에서 '특정한방물리요법'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-2	49020	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 한방물리요법(경피경근온열요법, 경피적외선조사요법 및 경피경근한냉요법은 제외)

용어 풀이

추나요법

교정용 테이블에서 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 치료기술을 말합니다.

용어 풀이

경피전기자극요법

경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근간섭저주파요법

간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근초음파요법

경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

7. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

8. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

9. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에 따라 첩약 한방치료비 3회, 약침 한방치료비 5회 또는 특정한방물리요법 한방치료비 5회를 지급한 경우에는 각각 첩약 한방치료비, 약침 한방치료비, 특정한방물리요법 한방치료비에 대한 회사의 보장책임은 소멸되며, 회사는 소멸되는 보장에 대한 해지환급금은 지급하지 아니합니다.

2 위 1에 따라 첩약 한방치료비, 약침 한방치료비, 특정한방물리요법 한방치료비에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 2에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

4 위 2 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출

금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제), 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

90-1| 질병사망(65세 전환형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 3.(新장기간병요양진단비(1,2등급)(65세 전환형) 특별약관으로의 전환)에 따라 전환되기 전 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병으로 인하여 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (新장기간병요양진단비(1,2등급)(65세 전환형) 특별약관으로의 전환)

1 특별약관 보장내용의 전환연령은 피보험자 보험나이 65세이며, 전환시점은 전환연령 계약해당일입니다. 또한 보험기간 중 보통약관 22.(계약내용의 변경 등)의 규정에도 불구하고 전환연령 및 전환시점은 변경할 수 없습니다.

2 다음 각 호의 조건을 충족하고 전환일자 전일까지 계약자의 별도 의사표시가 없을 경우에는 이 특별약관(이하 "전환 전 특별약관"이라 합니다)을 「90-2.新장기간병요양진단비(1,2등급)(65세 전환형) 특별약관」(이하 "전환 후 특별약관"이라 합니다)으로 변경(이하 "전환"이라 합니다)하며, 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다.

① 이 특별약관의 보험료의 납입이 완료 되었을 것

② 전환일자가 도래하기 전 피보험자가 장기요양 1등급 또는 2등급 판정을 받지 않았을 것

3 전환시점이 도래하기 전 이미 피보험자가 장기요양 1등급 또는 2등급 판정을 받았을 경우 특별약관 보장내용의 전환은 불가능하며, 이 경우 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

4 "전환 후 특별약관"의 보험료는 보험나이 65세를 기준으로 계산합니다.

5 위 4 계산시 적용하는 보험요율은 "전환 전 특별약관"을 최초 가입할 당시의 "전환 후 특별약관"의 보험요율을 적용합니다.

6 "전환 후 특별약관"의 보험가입금액은 사업방법서에서 별도로 정한 방법으로 계산되며, 전환 당시 회사가 적립한 전환 전 특별약관의 책임준비금은 "전환 후 특별약관"의 일시납 보험료로 납입됩니다.

7 회사는 전환시점의 15일 전까지 전환관련 내용과 "전환 후 특별약관"의 보험가입금액 등을 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

8 회사는 2에 따라 전환되는 경우 계약자 또는 피보험자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 그 사실을 알리고 보험증권을 교부하여 드립니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 3.(新장기간병요양진단비(1,2등급)(65세 전환형) 특별약관으로의 전환)에 따라 이 특별약관이 전환되는 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.
3 위 1 및 2에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
4 위 1 및 2 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.
5 위 4의 규정에도 불구하고 피보험자, 보험수익자 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 32.(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 보통약관 15.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 않습니다.

90-2| 新장기간병요양진단비(1,2등급)(65세 전환형) 특별약관

※ 질병사망(65세 전환형) 특별약관을 新장기간병요양진단비(1,2등급)(65세 전환형) 특별약관으로 전환한 경우에만 적용합니다.

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「90-1.질병사망(65세 전환형) 특별약관」의 3.(新장기간병요양진단비(1,2등급)(65세 전환형) 특별약관으로의 전환)에 따라 전환된 후 「이 특별약관의 보험기간」중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 新장기간병요양진단비(1,2등급)로 확정 지급합니다.
2 위 1의 「노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우」라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1등급 또는 2등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.
5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유를 원인으로 하여 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

4. (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 1.(보험금의 지급사유) 2의 "장기요양등급"의 판정기준(이하 "장기요양상태 판정기준"이라 합니다)이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 아래 사항 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 "장기요양상태"와 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 계약자에게 서면으로 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 "장기요양상태 판정기준"이 폐지되는 경우

② 법령의 개정에 따라 "장기요양상태 판정기준"의 변경으로 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우

보험 지식

예시)

장기요양상태 판정기준이 현행 1~4등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

5 위 2에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7 위 4에 따라 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 7.(보험금의 청구)1의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 8.(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 新장기간병요양진단비(1,2등급)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (지정대리청구서비스에 관한 사항)

1 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

2 계약자는 계약체결시 또는 계약체결 이후 2년이내에 다음의 어느 하나에 해당하

는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 4에 의한 변경지정 또는 보험금 청구 시에도 다음의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

① 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자

② 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

3 위 2에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

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

① 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)

② 보험증권

③ 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

5 지정대리청구인은 7에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

7 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)

④ 피보험자의 인감증명서

⑤ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본

⑥ 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15.(계약 후 알릴의무) 및 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

특별약관

제3장 질병 및
상해관련

어려운 용어는 프로미라이프 용어사전 참고 ····· 27
인용 법규는 약관에서 인용한 법규 참고 ····· 563

1 | 상해·질병80%이상후유장해 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해·질병 80%이상후유장해보험금으로 지급합니다. 다만, 어떠한 경우에도 상해·질병 80%이상후유장해보험금은 중복하여 지급하지 않습니다.

① 보험기간 중 상해의 직접결과로써 「장해분류표」(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때

② 보험기간 중 진단확정된 질병으로 「장해분류표」에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 위 1에 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.

3 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

4 위 3에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

5 위 4의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 4의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

7 장해 분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해 분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해 분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

8 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

9 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

10 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 ⑩에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

3. (특별약관의 소멸)

① 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 상해·질병80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
② 위 ① 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
③ 위 ① 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

2 | 5대장기이식수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
③ 위 ②의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 ②의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("5대장기이식수술"의 정의 및 진단확정)

"5대장기이식수술"이라 함은 장기 등 이식에 관한 법률에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포이식수술은 보장에서 제외합니다. 5대장기란 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장을 말합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 5대장기이식수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 5대장기이식수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

3 | 각막이식수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 장기수혜자로서 각막이식수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 각막이식수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

의료법 제3조(의료기관)

인용문구

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("각막이식수술"의 정의 및 진단확정)

"각막이식수술"이라 함은 장기 등 이식에 관한 법률에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 각막이식수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 각막이식수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

4 | 응급실내원보험금 특별약관

4-1 | 응급실내원보험금(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "응급환자"로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 지급하여 드립니다. 이 때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

2 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "응급환자"에 해당하지 않으나 질병 또는 상해로 인하여 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 지급하여 드립니다. 이 때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("응급실"의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "응급실"이라 함은 「응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호」에서 정하는 「응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관)」 또는 「응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)」에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실, 종합병원에 설치된 응급실을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

인용 문구

응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.
"응급의료기관"이란 의료법 제3조에 따라 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러지 아니한다.

4. ("응급환자"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)」(【별표58】응급의료에 관한 시행규칙 제2조(응급환자) 참조)」에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

5. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 1.(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수

한 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, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3 1.(보험금의 지급사유) 2에도 불구하고, "응급환자"에 해당하지 않으며, 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 "응급실"에 내원하여 진료받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F04~F99)

② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 및 통원한 경우(O00~O99)

④ 선천성 뇌질환(Q00~Q04)

⑤ 비만(E66)

⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)

⑦ 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)

⑧ 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 및 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

⑨ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자확인을 위한 진단. 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내,체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 치료. 다만, 회사가 보상하는 질병치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

⑩ 아래에 열거된 치료

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 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

다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

⑪ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료

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

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

다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

⑫ 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다).

⑬ 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00~Z99)

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인

출금은 지급하지 않습니다.

4-2 | 응급실내원보험금(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "응급환자"로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 지급하여 드립니다. 이 때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

2 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "응급환자"에 해당하지 않으나 질병 또는 상해로 인하여 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 지급하여 드립니다. 이 때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("응급실"의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "응급실"이라 함은 「응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호」에서 정하는 「응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관)」 또는 「응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)」에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실, 종합병원에 설치된 응급실을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

인용 문구

응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.
"응급의료기관"이란 의료법 제3조에 따라 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러지 아니한다.

4. (“응급환자”의 정의)

이 특별약관에 있어서 “응급환자”라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)(【별표58】응급의료에 관한 시행규칙 제2조(응급환자) 참조)」에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

5. (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 1.(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

③ 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3 1.(보험금의 지급사유) 2에도 불구하고, “응급환자”에 해당하지 않으며, 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 “응급실”에 내원하여 진료받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F04~F99)

② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 및 통원한 경우(O00~O99)

④ 선천성 뇌질환(Q00~Q04)

⑤ 비만(E66)

⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)

⑦ 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)

⑧ 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 및 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

⑨ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자확인을 위한 진단. 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내,체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 치료. 다만, 회사가 보상하는 질병치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

⑩ 아래에 열거된 치료

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 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

다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

⑪ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료

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

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

다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

⑫ 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다).

⑬ 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00~Z99)

6. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

7. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

8. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

5 | 깁스치료비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 "깁스(Cast)치료"를 받은 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 지급합니다.

2 위 1에서 "깁스(Cast)치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다.

단, 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법은 제외합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 동일한 상해 또는 질병으로 인해 "깁스(Cast)치료"를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 보장합니다.

2 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

3 위 2에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

4 위 3의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 3의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

6 | 인공관절수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 원인으로 인공관절수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 이 특별약관 보험가입금액을 인공관절수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험

료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
② 피보험자의 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

4. ("인공관절수술"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "인공관절수술"이라 함은 다음과 같습니다.

① 고관절(엉덩이관절), 슬관절 (무릎관절) 또는 견관절(어깨관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고 「인공적으로 만든 관절」(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 "인공관절"이라 합니다)을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는 "인공관절치환술"을 받은 경우

② 손상된 골두를 제거하고 「인체에 해가 없는 인공적으로 만든 골두」(특수 소재를 사용한 인공적 골두로 이하 "인공골두"라 합니다)를 해당 뼈에 삽입시켜 줌으로써 기존 골두의 기능을 회복시켜주는 "인공골두삽입술"을 받는 경우

2 위 1에도 불구하고 관절의 일부만을 치환하거나 성형하는 수술 및 처치(단, 인공골두삽입술은 제외합니다) 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 모두 보장에서 제외합니다.

5. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 인공관절수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

7 | 유방절제수술비 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 원인으로 유방절제수술(Total Mastectomy)을 받은 경우 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 유방절제수술비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
② 피보험자의 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

4. ("유방절제수술"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "유방절제수술"이라 함은「유방절제수술 분류표」(【별표49】유방절제수술 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 수술을 말합니다.

2 단, 부분절제술(Subtotal Mastectomy), 국소절제수술(Lumpecto my), 유방의 절제를 동반하지 않은 유두의 절제, 미용을 위한 절제술, 유방의 조직검사(Biopsy)는 제외합니다.

5. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 유방절제수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치

및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 유방절제수술비를 지급한 경우에 그 손해 보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

8 | 관절증(엉덩,무릎)수술비(이차성 및 상세불명제외) 특별약관

8-1 | 관절증(엉덩,무릎)수술비(이차성 및 상세불명제외)(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 진단확정된 상해 또는 질병으로 인해 관절증(엉덩,무릎)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 관절증(엉덩,무릎)수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 관절증(엉덩,무릎)수술비(이차성 및 상세불명 제외)로 지급합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "관절증(엉덩,무릎)"이라 함은 「관절증(엉덩,무릎) 분류표」 (【별표50】관절증(엉덩,무릎) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 상병을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 상병으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 기타 양쪽 이차성 고관절증(M16.6)
② 기타 이차성 고관절증(M16.7)
③ 상세불명의 고관절증(M16.9)
④ 기타 양쪽 이차성 무릎관절증(M17.4)
⑤ 기타 이차성 무릎관절증(M17.5)
⑥ 상세불명의 무릎관절증(M17.9)

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 관절증(엉덩,무릎)수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

8-2 | 관절증(엉덩,무릎)수술비(이차성 및 상세불명제외)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 진단확정된 상해 또는 질병으로 인해 관절증(엉덩,무릎)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적

인 목적으로 관절증(엉덩,무릎)수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 관절증(엉덩,무릎)수술비(이차성 및 상세불명 제외)로 지급합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "관절증(엉덩,무릎)"이라 함은 「관절증(엉덩,무릎) 분류표」(【별표50】관절증(엉덩,무릎) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 상병을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 상병으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 기타 양쪽 이차성 고관절증(M16.6)
② 기타 이차성 고관절증(M16.7)
③ 상세불명의 고관절증(M16.9)
④ 기타 양쪽 이차성 무릎관절증(M17.4)
⑤ 기타 이차성 무릎관절증(M17.5)
⑥ 상세불명의 무릎관절증(M17.9)

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 관절증(엉덩,무릎)수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

5. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

6. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

7. 갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

9 | 추간판탈출증수술비 특별약관

9-1 | 추간판탈출증수술비(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 진단확정된 상해 또는 질병으로 인해 추간판탈출증으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 추간판탈출증수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 추간판탈출증수술비로 지급합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "추간판탈출증"이라 함은 「추간판탈출증분류표」(【별표51】추간판탈출증분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 상병을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급

하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 추간판탈출증수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

9-2 | 추간판탈출증수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 진단확정된 상해 또는 질병으로 인해 추간판탈출증으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 추간판탈출증수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 이 특별약관의 보험가

입금액을 추간판탈출증수술비로 지급합니다.

2 이 특별약관에 있어서 “추간판탈출증”이라 함은 「추간판탈출증분류표」(【별표51】추간판탈출증분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 상병을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인해 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 추간판탈출증수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

4. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

④ 회사는 위 ② 및 ③에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

5. (자동갱신 적용)

① 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

① 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

10 | 관절증(엉덩,무릎) 수술 한방치료비 (이차성 및 상세불명제외) (3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 관절증(엉덩,무릎)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 관절증(엉덩,무릎)수술을 받은 후 그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우 1사고당 아래와 같이 보장합니다.

구분	지급금액	보장한도
첩약	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
약침	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회한
특정한방물리요법	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회한

② 이 특별약관에 있어서 "관절증(엉덩,무릎)"이라 함은 「관절증(엉덩,무릎) 분류표」(【별표50】관절증(엉덩,무릎) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 상병을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 위 ①에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 위 ②의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험

료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 상병으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 기타 양쪽 이차성 고관절증(M16.6)
② 기타 이차성 고관절증(M16.7)
③ 상세불명의 고관절증(M16.9)
④ 기타 양쪽 이차성 무릎관절증(M17.4)
⑤ 기타 이차성 무릎관절증(M17.5)
⑥ 상세불명의 무릎관절증(M17.9)

4. (“첩약”의 정의)

이 특별약관에서 '첩약'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 '한약' 또는 '한약재' 및 약사법 제2조에서 정한 '한약'을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제 급여목록 및 상한금액표(보건복지부 고시 제2015-133호) 별표 1 한약제제급여목록표」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

용어 풀이

한약제제

갈근, 감국, 감초엑스산 등의 단미엑스산제와 가미소요산, 갈근탕, 갈근해기탕 등의 혼합엑스산제를 말합니다.

5. (“약침”의 정의)

이 특별약관에서 '약침'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 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(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여목록」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술」과 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-1	49010	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 약침술

용어 풀이

약침

봉약침, 경락약침, 팔강약침, 자하거 약침, 중성어혈약침, 황련해독약침 등을 말합니다. 경혈침술, 안와내 침술, 비강내침술, 복강내 침술, 관절내침술, 척추간 침술, 투자법 침술 등과 같은 일반침은 약침에 해당하지 않습니다.

6. (“특정한방물리요법”의 정의)

이 특별약관에서 '특정한방물리요법'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-2	49020	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 한방물리요법(경피경근온열요법, 경피적외선조사요법 및 경피경근한냉요법은 제외)

용어 풀이

추나요법

교정용 테이블에서 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 치료기술을 말합니다.

용어 풀이

경피전기자극요법

경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근간섭저주파요법

간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근초음파요법

경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

7. (“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 관절증(엉덩,무릎)수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

② 위 ①에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

8. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

9. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

10. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

11. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

11 | 추간판탈출증수술 한방치료비 (3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 추간판탈출증으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 추간판탈출증수술을 받은 후 그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한 방물리요법을 이용하였을 경우 매 수술시마다 아래와 같이 보장합니다.

구분	지급금액	보장한도
첩약	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회한
약침	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회한
특정한방물리요법	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회한

2 이 특별약관에 있어서 “추간판탈출증”이라 함은 「추간판탈출증분류표」(【별표51】추간판탈출증분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 상병을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (“첩약”의 정의)

이 특별약관에서 '첩약'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 '한약' 또는 '한약재' 및 약사법 제2조에서 정한 '한약'을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제 급여목록 및 상한금액표(보건복지부 고시 제2015-133호) 별표 1 한약제제급여목록표」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

용어 풀이

한약제제

갈근, 감국, 감초엑스산 등의 단미엑스산제와 가미소요산, 갈근탕, 갈근해기탕 등의 혼합엑스산제를 말합니다.

4. (“약침”의 정의)

이 특별약관에서 '약침'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 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(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여목록」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술」과 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-1	49010	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 약침술

용어 풀이

약침

봉약침, 경락약침, 팔강약침, 자하거 약침, 중성어혈약침, 황련해독약침 등을 말합니다. 경혈침술, 안와내 침술, 비강내침술, 복강내 침술, 관절내침술, 척추간 침술, 투자법 침술 등과 같은 일반침은 약침에 해당하지 않습니다.

5. ("특정한방물리요법"의 정의)

이 특별약관에서 '특정한방물리요법'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

인용 문구

분류번호	코드	분류
허-2	49020	제14장(한방시술및처치료) 제1절(시술료) 한방물리요법(경피경근온열요법, 경피적외선조사요법 및 경피경근한냉요법은 제외)

용어 풀이

추나요법

교정용 테이블에서 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 치료기술을 말합니다.

용어 풀이

경피전기자극요법

경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근간섭저주파요법

간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

경근초음파요법

경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

6. ("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 추간판탈출증수술이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

② 위 ①에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

7. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

8. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

9. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

12 | 新장기간병요양진단비(1등급) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 新장기간병요양진단비(1등급)로 확정 지급합니다.

2 위 1의 「노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우」라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유를 원인으로 하여 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

4. (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 1.(보험금의 지급사유) 2의 "장기요양등급"의 판정기준(이하 "장기요양상태 판정기준"이라 합니다)이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 아래 사항 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 "장기요양상태"와 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 계약자에게 서면으로 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 "장기요양상태 판정기준"이 폐지되는 경우

② 법령의 개정에 따라 "장기요양상태 판정기준"의 변경으로 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우

보험 지식

예시)

장기요양상태 판정기준이 현행 1~4등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기

우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

5 위 2에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7 위 4에 따라 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 7.(보험금의 청구)1의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 8.(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 新장기간병요양진단비(1등급)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (지정대리청구서비스에 관한 사항)

1 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

2 계약자는 계약체결시 또는 계약체결 이후 2년이내에 다음의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 4에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

① 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자

② 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

3 위 2에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

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

① 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)

② 보험증권

③ 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

5 지정대리청구인은 7에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

7 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)

④ 피보험자의 인감증명서

⑤ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본

⑥ 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보

통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 않습니다.

13 | 新장기간병요양진단비(1,2등급) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 新장기간병요양진단비(1,2등급)로 확정 지급합니다.

2 위 1의 「노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우」라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1등급 또는 2등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유를 원인으로 하여 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

4. (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 1.(보험금의 지급사유) 2의 "장기요양등급"의 판정기준(이하 "장기요양상태 판정기준"이라 합니다)이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 아래 사항 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 "장기요양상태"와 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 계약자에게 서면으로 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 “장기요양상태 판정기준”이 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 “장기요양상태 판정기준”의 변경으로 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우

보험 지식

예시)
장기요양상태 판정기준이 현행 1~4등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

5 위 2에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7 위 4에 따라 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 7.(보험금의 청구)1의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 8.(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 新장기간병요양진단비(1,2등급)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (지정대리청구서비스에 관한 사항)

1 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

2 계약자는 계약체결시 또는 계약체결 이후 2년이내에 다음의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 4에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
① 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
② 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

3 위 2에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

4 계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
① 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
② 보험증권
③ 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

5 지정대리청구인은 7에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

7 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을

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

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 않습니다.

14 | 新장기간병요양진단비(1,2,3,4등급) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 新장기간병요양진단비(1,2,3,4등급)로 확정 지급합니다.

2 위 1의 「노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우」라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1등급, 2등급, 3등급 또는 4등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유를 원인으로 하여 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

4. (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 1.(보험금의 지급사유) 2의 "장기요양등급"의 판정기준(이하 "장기요양상태 판정기준"이라 합니다)이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 아래 사항 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 "장기요양상태"와 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 계약자에게 서면으로 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 "장기요양상태 판정기준"이 폐지되는 경우

② 법령의 개정에 따라 "장기요양상태 판정기준"의 변경으로 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우

보험 지식

예시)

장기요양상태 판정기준이 현행 1~4등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

5 위 2에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7 위 4에 따라 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 7.(보험금의 청구)1의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 8.(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 新장기간병요양진단비(1,2,3,4등급)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (지정대리청구서비스에 관한 사항)

1 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

2 계약자는 계약체결시 또는 계약체결 이후 2년이내에 다음의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 4에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

① 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자

② 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

3 위 2에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

4 계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에

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

5 지정대리청구인은 7에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

7 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
④ 피보험자의 인감증명서
⑤ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
⑥ 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15.(계약 후 알릴의무)는 적용하지 않습니다.

15 | 간절제수술비(간엽이상)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고 우연한 외래의 사고 또는 이 특별약관의 보험기간 중에 진단된 질병으로 인해 간절제수술(간엽이상)을 받은 경우에는 매 수술마다 이 특별약관의 가입금액을 간절제수술비(간엽이상)으로 지급하여 드립니다.

2 위 1에서 “간절제수술(간엽이상)”이라 함은 최소한 전체 좌엽 또는 전체 우엽 이상을 제거하거나 간 전체를 제거하는 수술을 받은 경우를 말합니다. 다만, 한 개 이상의 간엽(lobe) 전체를 제거하지 않고 간엽의 일부만을 절제하는 수술은 “간절제수술(간엽이상)”으로 보지 않습니다.

3 간절제수술(간엽이상)의 필요성은 반드시 외과전문의에 의하여 명확하게 증명되어야 하며, 간의 조직검사(biopsy), 간 조직의 절제를 동반하지 않은 절개술 및 봉합술, 간기증을 위한 간절제수술은 보장하지 않습니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 ‘보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

4. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

5. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 이 특별약관의 보험금을 청구할 때에 보통약관 7.(보험금의 청구)에서 정한 서류 외에 수술기록지를 첨부하여야 합니다.

2 위 1의 수술기록지는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

16 | 신장적출수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고 또는 이 특별약관의 보험기간 중에 진단된 질병으로 인해 신장적출수술을 받은 경우에는 매 수술마다 이 특별약관의 가입금액을 신장적출수술비로 지급하여 드립니다.

2 위 1에서 "신장적출수술" 이라 함은 한쪽의 신장 전부, 한쪽의 신장 전부와 다른 쪽 신장의 일부 또는 양쪽의 신장 전부를 완전하게 제거하는 수술을 말합니다. "신장적출수술"에는 '장기 이식 등에 관한 법률'에서 정한 절차 및 방법에 따라 장기수혜자로서 이식받은 신장을 이식 거부 반응을 이유로 제거하는 경우를 포함합니다. 다만, 한쪽의 신장 전부를 절제하지 않고 신장의 일부만을 제거한 경우에는 신장적출수술로 보지 않습니다.

3 위 1 및 2에서 신장적출수술의 필요성은 반드시 외과전문의에 의하여 명확하게 증명되어야 하며, 신장기증 또는 신장자가이식(Renal auto transplantation)을 위해 신장적출수술을 하는 경우는 보장에서 제외합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가

진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

4. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

5. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

17 | 폐완전절제수술비(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고 또는 이 특별약관의 보험기간 중에 진단된 질병으로 인해 폐완전절제수술을 받은 경우에는 매 수술마다 이 특별약관의 가입금액을 폐완전절제수술비로 지급하여 드립니다.

2 위 1에서 "폐 완전절제술"이라 함은 다음 각 호 중 하나의 수술을 말합니다.

① 한쪽의 폐 전부를 절제하는 수술

② 한쪽의 폐 전부와 다른쪽 폐의 일부를 절제하는 수술

③ 양쪽의 폐 전부를 완전하게 제거하는 수술(한쪽 폐의 일부만을 절제하는 수술을 하였으나, 수술의 결과로 인해 양쪽의 폐 전부가 완전히 제거된 경우를 포함합니다)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인해 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에도 불구하고 그 질병이 보험계약 청약일 이전에 진단확정되었다 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

3 위 2의 '보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 위 2의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

3. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

4. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

5. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

특별약관

제4장 비용손해 관련

어려운 용어는 프로미라이프 용어사전 참고 ····· 27
인용 법규는 약관에서 인용한 법규 참고 ····· 563

1 | 벌금(실손) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 「자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액을 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 지급합니다.

보험 지식

벌금액

확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.

2 위 1에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

3 위 1 및 2에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용 문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. (보험금 지급에 관한 세부 규정)

위 1.(보험금의 지급사유) 1의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 발생한 사고
② 피보험자가 사고를 일으키고 도주하였을 때
③ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

인용문구

도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

2 | 자동차사고 변호사선임비용(실손) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 "사고"라 합니다)로 타인의 신체에 상해를 입혀 아래에서 정한 사유로 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 "변호사선임비용"이라 합니다)를 1사고마다 이 특별약관의 가입금액을 한도로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 변호사선임비용을 지급하지 않습니다.
① 피보험자가 구속영장에 의하여 구속된 경우
② 검찰에 의해 공소제기(이하 "기소"라 하며, 약식기소는 제외합니다)된 경우
③ 피보험자가 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행하게 된 경우
2 위 1의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 아니하고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.
3 위 1의 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용 문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

4 위 1의 『자동차를 운전하던 중』 이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

5 위 1의 『1사고』 라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며, 『1사고』로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 피보험자에게 지급합니다.

6 위 1에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

2. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때

② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주, 무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

인용 문구

도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

3. (보험금의 청구)

피보험자 또는 보험수익자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

① 보험금 청구서(회사양식)

② 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 4.(보험금 지급에 관한 세부규정)는 적용하지 않습니다.

3 | 교통사고처리지원금(실손) 특별약관

3-1 | 자가용운전자 교통사고처리지원금(실손) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 「자가용자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고」(이하 "사고"라 합니다)로 「타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)」(이하 "피해자"라 합니다)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 「피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액」(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

① 피해자를 사망하게 한 경우

② "중대법규위반 교통사고"로 피해자가 42일(피해자 1명을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우

③ "일반교통사고"로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 「공소제기」(이하 "기소"라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상(【별표 6】자동차사고 부상등급표 참조)을 입힌 경우

용어 풀이

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

인용 문구

형법 제258조(중상해, 존속중상해) 제1항 및 제2항

타인의 신체를 상해하여 생명에 위험을 발생하게 하거나 신체 불구, 불치, 난치의 질병을 이르게 한 자는 1년 이상 10년 이하 징역에 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.

교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(제1호 내지 제11호)

1. 신호 및 지시위반
2. 중앙선 침범 또는 불법 횡단 · 유턴 · 후진 위반
3. 제한속도를 20킬로미터 초과한 속도 위반
4. 앞지르기 금지 또는 끼어들기 금지 위반
5. 건널목 통과방법 위반
6. 횡단보도에서의 보행자 보호의무 위반
7. 무면허 운전
8. 음주 운전 또는 약물 복용 운전
9. 보도침범 또는 보도횡단방법 위반
10. 승객 추락방지의무 위반
11. 어린이보호구역(스쿨존)에서의 주의의무 위반

2 위 1에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

3 위 1 및 2에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용 문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. (보험금 지급에 관한 세부 규정)

1 1.(보험금의 지급사유) 1의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

① 1.(보험금의 지급사유) 1.①의 경우 : 3천만원

② 1.(보험금의 지급사유) 1.②의 경우

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

③ 1.(보험금의 지급사유) 1.③의 경우 : 3천만원

2 1.(보험금의 지급사유) 1에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표59】교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

3 1.(보험금의 지급사유) 1에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

4 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 위 1의 금액을 한도로 보상합니다.

5 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원

② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)

③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장

④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서

⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때

② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
④ 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

인용문구

도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

4. (보험금의 비례분담)

1 1.(보험금의 지급사유) 1의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 2에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

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

산식

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

3-2 | 영업용운전자 교통사고처리지원금(실손) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 「자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고」(이하 "사고"라 합니다)로 「타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)」(이하 "피해자"라 합니다.)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 「피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액」(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

① 피해자를 사망하게 한 경우
② "중대법규위반 교통사고"로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
③ "일반교통사고"로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상(【별표 6】자동차사고 부상등급표 참조)을 입힌 경우

용어풀이

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

인용 문구

형법 제258조(중상해, 존속중상해) 제1항 및 제2항

타인의 신체를 상해하여 생명에 위험을 발생하게 하거나 신체 불구, 불치, 난치의 질병을 이르게 한 자는 1년 이상 10년 이하 징역에 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.

교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(제1호 내지 제11호)

1. 신호 및 지시위반
2. 중앙선 침범 또는 불법 횡단 · 유턴 · 후진 위반
3. 제한속도를 20킬로미터 초과한 속도 위반
4. 앞지르기 금지 또는 끼어들기 금지 위반
5. 건널목 통과방법 위반
6. 횡단보도에서의 보행자 보호의무 위반
7. 무면허 운전
8. 음주 운전 또는 약물 복용 운전
9. 보도침범 또는 보도횡단방법 위반
10. 승객 추락방지의무 위반
11. 어린이보호구역(스쿨존)에서의 주의의무 위반

2 위 1에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

3 위 1 및 2에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용 문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. (보험금 지급에 관한 세부 규정)

1 1.(보험금의 지급사유) 1의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

① 1.(보험금의 지급사유)의 1.①의 경우 : 3천만원

② 1.(보험금의 지급사유)의 1.②의 경우

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

③ 1.(보험금의 지급사유)의 1.③의 경우 : 3천만원

2 1.(보험금의 지급사유) 1에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표59】교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

3 1.(보험금의 지급사유) 1에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습

니다.

4 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 위 1의 금액을 한도로 보상합니다.

5 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

인용문구

도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

4. (보험금의 비례분담)

1 1.(보험금의 지급사유) 1의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 2에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

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

산식

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보

통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

4 | 중상해교통사고처리지원금 (실손) 특별약관

4-1 | 자가용운전자 중상해교통사고처리지원금(실손) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 「자가용자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고」(이하 "사고"라 합니다)로 「타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)」(이하 "피해자"라 합니다)에게 아래에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 「피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액」(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 중상해교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

① "일반교통사고"로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 「공소제기」(이하 "기소"라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상(【별표 6】자동차사고 부상등급표)을 입힌 경우

용어 풀이

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

인용 문구

형법 제258조(중상해, 존속중상해) 제1항 및 제2항

타인의 신체를 상해하여 생명에 위험을 발생하게 하거나 신체 불구, 불치, 난치의 질병을 이르게 한 자는 1년 이상 10년 이하 징역에 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.

교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(제1호 내지 제11호)

1. 신호 및 지시위반
2. 중앙선 침범 또는 불법 횡단 · 유턴 · 후진 위반
3. 제한속도를 20킬로미터 초과한 속도 위반
4. 앞지르기 금지 또는 끼어들기 금지 위반
5. 건널목 통과방법 위반
6. 횡단보도에서의 보행자 보호의무 위반
7. 무면허 운전
8. 음주 운전 또는 약물 복용 운전
9. 보도침범 또는 보도횡단방법 위반
10. 승객 추락방지의무 위반
11. 어린이보호구역(스쿨존)에서의 주의의무 위반

2 위 1에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

3 위 1 및 2에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

4 위 1의 중상해 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 3천만원을 한도로 합니다.

5 위 1에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

6 위 5에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표59】교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

7 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 위 4의 금액을 한도로 보상합니다.

8 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

2. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
④ 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

인용문구

도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

3. (보험금의 비례분담)

1 1.(보험금의 지급사유) 1의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각

계약의 보상책임액에 따라 2에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

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

산식

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

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 4.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 않습니다.

4-2 | 영업용운전자 중상해교통사고처리지원금(실손) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 「자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고」(이하 "사고"라 합니다)로 「타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)」(이하 "피해자"라 합니다)에게 아래에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 「피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액」(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 중상해교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

① "일반교통사고"로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 「공소제기」(이하 "기소"라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상(【별표 6】자동차사고 부상등급표 참조)을 입힌 경우

용어 풀이

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

인용 문구

형법 제258조(중상해, 존속중상해) 제1항 및 제2항

타인의 신체를 상해하여 생명에 위험을 발생하게 하거나 신체 불구, 불치, 난치의 질병을 이르게 한 자는 1년 이상 10년 이하 징역에 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.

인용문구

교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(제1호 내지 제11호)

1. 신호 및 지시위반
2. 중앙선 침범 또는 불법 횡단·유턴·후진 위반
3. 제한속도를 20킬로미터 초과한 속도 위반
4. 앞지르기 금지 또는 끼어들기 금지 위반
5. 건널목 통과방법 위반
6. 횡단보도에서의 보행자 보호의무 위반
7. 무면허 운전
8. 음주 운전 또는 약물 복용 운전
9. 보도침범 또는 보도횡단방법 위반
10. 승객 추락방지의무 위반
11. 어린이보호구역(스쿨존)에서의 주의의무 위반

2 위 1에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

3 위 1 및 2에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

4 위 1의 중상해 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 3천만원을 한도로 합니다.

5 위 1에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

6 위 5에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표59】교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

7 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 위 4의 금액을 한도로 보상합니다.

8 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

2. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

인용문구

도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

3. (보험금의 비례분담)

1 1.(보험금의 지급사유)의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 2에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

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

산식

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

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 4.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 않습니다.

5 | 중상해제외 교통사고처리지원금(실손) 특별약관

5-1 | 자가용운전자 중상해제외 교통사고처리지원금(실손) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자가용자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 「타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)」(이하 "피해자"라 합니다)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 「피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액」(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 중상해제외 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.
① 피해자를 사망하게 한 경우
② "중대법규위반 교통사고"로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우

2 위 1에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여

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

3 위 1 및 2에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. (보험금 지급에 관한 세부 규정)

1 1.(보험금의 지급사유) 1의 중상해제외 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

① 1.(보험금의 지급사유) 1.①의 경우 : 3천만원

② 1.(보험금의 지급사유) 1.②의 경우

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

2 1.(보험금의 지급사유) 1에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표59】교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

3 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 위 1의 금액을 한도로 보상합니다.

4 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구해야 합니다.

① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원

② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)

③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장

④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서

⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때

② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

④ 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

인용 문구

도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

4. (보험금의 비례분담)

① 1.(보험금의 지급사유) ①의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 ②에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 초과했을 때 회사는 아래에 따라 보상합니다.

산식

$$\text{형사합의금} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

5. (특별약관의 소멸)

① 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 4.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 않습니다.

5-2 | 영업용운전자 중상해제외 교통사고처리지원금(실손) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고」(이하 "사고"라 합니다)로 「타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)」(이하 "피해자"라 합니다)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 「피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액」(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 중상해제외 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

① 피해자를 사망하게 한 경우

② "중대법규위반 교통사고"로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우

② 위 ①에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

③ 위 ① 및 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용 문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. (보험금 지급에 관한 세부 규정)

1 1.(보험금의 지급사유) 1의 중상해제외 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.
① 1.(보험금의 지급사유)의 1.①의 경우 : 3천만원
② 1.(보험금의 지급사유)의 1.②의 경우

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

2 1.(보험금의 지급사유) 1에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표59】교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

3 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 위 1의 금액을 한도로 보상합니다.

4 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구해야 합니다.
① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
⑤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
② 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
③ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

인용 문구

도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

4. (보험금의 비례분담)

1 1.(보험금의 지급사유) 1의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 2에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

2 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과했을 때 회사는 아래에 따라 보상합니다.

산식

$$\text{형사합의금} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 4.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 않습니다.

6 | 면허정지일당(영업용) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 「자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차 운전면허가 행정 처분에 의해 일시 정지되었을 때에는 이 특별약관에서 정한 일당액을 면허정지일당으로 1사고마다 지급합니다.
다만, 면허정지일당은 면허정지기간 동안 최고 60일을 한도로 지급하며, 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 면허정지일당을 지급하지 않습니다.

2 위 1에서 면허정지기간이라 함은 행정기관의 교정교육을 이수하여 면허정지기간을 감경받았거나 감경받을 수 있는 경우를 차감한 기간을 말합니다. 단, 행정기관의 교정교육을 이수하지 않아 면허정지기간을 감경받지 못하여 면허정지 처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조회 확인서를 제출할 경우에는 그러하지 않습니다.

3 위 1에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

4 위 1 및 3에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용 문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 발생한 사고

② 피보험자가 사고를 일으키고 도주하였을 때

③ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

인용 문구

도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

3. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 4.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 않습니다.

7 | 면허취소보험금(영업용) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 「자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고」(이하 “사고”라 합니다)로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차 운전면허가 행정처분에 의해 취소되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 면허취소

보험금으로 1사고마다 지급합니다.

2 위 1에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

3 위 1 및 2에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」를 말합니다. 다만, 「자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계」가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

인용 문구

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 발생한 사고

② 피보험자가 사고를 일으키고 도주하였을 때

③ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

인용 문구

도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

3. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 4.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 않습니다.

8 | 홀인원비용(깔때기홀제외)(정규홀,실손) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 골프장에서 골프경기 중 홀인원(Hole in One)을 행한 경우에는 1회에 한하여 홀인원을 행한 날로부터 1개월(단, 축하라운드비용의 경우 3개월)이내에 소요된 아래의 금액을 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 홀인원비용(깔때기홀제외)으로 지급합니다.

① 증정용 기념품 구입비용. 단, 다음의 구입비용은 제외합니다.
  ㉮ 상품권등의 물품전표
  ㉯ 선불카드(다만, 피보험자가 홀인원을 기념하기 위하여 특별히 작성한 것은 보상합니다)
② 축하만찬 비용
③ 축하라운드 비용(그린피, 캐디피, 카트비용 등)

2. (용어의 정의)

1 이 특별약관에서 “골프장”이라 함은 각 홀이 서로 다른 티잉그라운드(Teeing Ground), 해저드(Hazard), 퍼팅그린(Putting Green) 및 스루더그린(Through the Green)으로 구성된 18홀 이상을 보유하고 있는 국내 소재의 회원제골프장 및 정규대중골프장을 말합니다. 다만, 18홀 미만의 일반대중골프장 및 회원제골프장 또는 정규대중골프장에 부속된 18홀 미만의 대중골프장은 제외합니다.

2 이 특별약관에서 “골프경기”라 함은 골프장에서 골프장에 속한 캐디를 보조자로 하고 본인을 제외한 동반경기자 2명 이상(골프장이 주최 또는 공동 주최한 공식경기의 경우에는 그러하지 않습니다)과 기준타수(PAR) 72이상의 18홀을 정규로 라운드 하는 것을 말합니다. 다만, 우천 등의 사유로 라운드가 중지되었을 경우에는 9홀 이상을 라운드 한 경우 골프경기로 인정합니다.

3 이 특별약관에서 “홀인원(Hole in One)"이라 함은 각 홀에서 제1타에 의해 볼이 직접 홀에 들어가는 것을 말합니다.

4 이 특별약관에서 “증정용 기념품 구입비용”이라 함은 홀인원을 행한 경우에 동반경기자, 친구 등에 증정할 기념품의 구입대금 또는 우송비용을 말합니다.

3. (보험금 지급에 관한 세부 규정)

1 위 1.(보험금의 지급사유)에서 피보험자라 함은 프로경력이 없는 자로 골프경기를 아마추어(Amateur)의 자격으로 행한 자를 말하며 골프의 경기 또는 지도를 직업으로 하는 자를 제외합니다.

2 위 1.(보험금의 지급사유)에서의 “증정용 기념품구입비용”, “축하만찬비용” 및 “축하라운드 비용“의 보상액의 합계액은 가입금액을 한도로 합니다.

3 위 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 홀인원비용(깔때기홀제외)에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

4. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 피보험자가 골프장의 경영자 또는 사용인(임시고용인을 포함합니다)인 경우에 그 피보험자가 경영하는 또는 고용되고 있는 골프장에서 행한 홀인원

2 피보험자가 깔때기 홀(그린에 볼을 올리기만 하면 볼이 홀에 들어가도록 설계한 홀을 말합니다)에서 행한 홀인원

5. (보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 홀인원 증명서(동반경기자, 동반한 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공동 서명·날인이 있어야 합니다)
③ 기념품 구입비용, 축하만찬비용, 축하라운드 비용 지출 명세서
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
⑤ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 홀인원비용(깔때기홀제외)을 지급하는 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

9 | (가족)과실치사상벌금(실손) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 「이 특별약관의 보험기간」 중에 피보험자가 대한민국 내에서 형법 제266조(과실치상) 또는 제267조(과실치사)에 따른 벌금형이 확정된 경우(보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다) 1사고당 아래의 금액을 한도로 벌금액에 해당하는 금액을 지급합니다. 단, 피보험자가 2인 이상인 경우 각 피보험자별로 아래의 한도를 적용합니다.

구분	보상한도액
형법 제266조(과실치상)에 의한 벌금	500만원 한도
형법 제267조(과실치사)에 의한 벌금	700만원 한도

2. (피보험자의 범위)

1 1.(보험금의 지급사유)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.
① 「보험증권에 기재된 피보험자」(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
② 피보험자 본인의 배우자(이하 "배우자"라 합니다)
③ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(민법 제777조)
④ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

인용문구

민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위
8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자

2 위 1에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
③ 계약자의 고의
④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 고용인 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족의 고의
② 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 발생한 사고
③ 피보험자가 사고를 일으키고 도주하였을 때
④ 피보험자가 형법 260조(폭행), 261조(특수폭행)과 경합된 사고

인용문구

도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

인용문구

도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

4. (보험금의 분담)

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

산식

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

2 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 위 1에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

5. (보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구해야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(고소장, 최종 확정판결문 등)
③ 신분증(주민등록증 이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 4.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 않습니다.

10 | 업무상과실·중과실치사상벌금 (실손, 형법 제 268조 관련) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 발생한 사고로 대한민국 내에서 형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)에 따른 벌금형(단, 특별법 위반을 포함한 벌금형은 제외. 특별법이 변경될 경우에는 변경된 특별법 내용을 적용)이 확정된 경우(보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다) 1사고당 2,000만원을 한도로 해당 벌금형에 해당하는 금액을 지급합니다.

인용문구

형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)

업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

2. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 피보험자 또는 그 법정대리인의 고의
② 계약자 및 그 법정대리인의 고의
③ 피보험자가 보험금을 받도록 하기 위한 고용인 또는 피보험자와 세대를 같이 하는 친족의 고의
④ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
⑤ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
⑥ 피보험자가 형법 제260조(폭행, 존속폭행), 제261조(특수폭행)과 경합된 사고
⑦ 특별법 위반을 포함한 벌금형(특별법이 변경될 경우에는 변경된 특별법 내용을 적용)

인용문구

도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

3. (보험금의 분담)

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

산식

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

2 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 위 1에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

4. (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 보험금 청구서(회사양식)
② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
③ 보험금 지급을 위한 증명서류(고소장, 최종 확정판결문 등)
④ 회사가 요구하는 그 밖의 서류

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 4.(보험금 지급에 관한 세부규정)은 적용하지 않습니다.

11 | 화재벌금(실손)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 「이 특별약관의 보험기간」 중에 피보험자가 대한민국 내에서 형법 제170조(실화) 또는 제171조(업무상실화, 중실화)에 따른 벌금형이 확정된 경우(보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다) 1사고당 아래의 금액을 한도로 벌금액에 해당하는 금액을 지급합니다.

구분	보상한도액
형법 제170조(실화)에 의한 벌금	1,500만원 한도
형법 제171조(업무상실화, 중실화)에 의한 벌금	2,000만원 한도

인용 문구

형법 제170조(실화)에서 정한 죄

과실로 인하여 물건 또는 타인의 소유에 속하는 물건을 소훼한 자는 1천 500 만원 이하의 벌금에 처한다.

형법 제171조(업무상실화, 중실화)에서 정한 죄

업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 형법 제170조의 죄를 범한 자는 3년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

2. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

① 피보험자 또는 그 법정대리인의 고의 또는 방화
② 계약자 및 그 법정대리인의 고의 또는 방화
③ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

용어 풀이

핵연료물질

사용된 연료를 포함합니다.

핵연료물질에 오염된 물질

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

3. (보험금의 분담)

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

산식

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

2 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 위 1에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 위 1에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

4. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년 미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

5. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약

관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

6. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 4.(보험금 지급에 관한 세부규정), 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

12 | 의료사고법률비용(실손) 특별약관

12-1 | 의료사고법률비용(실손)(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액
의료사고법률비용	“의료사고”가 발생하여 소를 제기한 경우	변호사 착수금의 80% (이 특별약관의 보험가입금액 한도)

2. (보험금 지급에 관한 세부 규정)

피보험자가 보험기간 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우에도 보험금을 지급합니다.

3. (보험금의 분담)

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

산식

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

2 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 위 1에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 위 1에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

4. ("의료사고", "의료기관"의 정의)

1 이 특별약관에서 "의료사고"라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 총칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄하여 말합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에서 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 상해는 의료사고로 보지 않습니다.

2 이 특별약관에서 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원 또는 의원 등(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)을 말합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

5. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자에 기재된 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
② 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
③ 보험계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

6. (보험금의 청구)

보험계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료확인서 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발생 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

12-2 | 의료사고법률비용(실손)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 아래의 금

액을 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액
의료사고법률비용	"의료사고"가 발생하여 소를 제기한 경우	변호사 착수금의 80% (이 특별약관의 보험가입금액 한도)

2. (보험금 지급에 관한 세부 규정)

피보험자가 보험기간 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우에도 보험금을 지급합니다.

3. (보험금의 분담)

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

산식

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

2 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 위 1에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 위 1에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

4. ("의료사고", "의료기관"의 정의)

1 이 특별약관에서 "의료사고"라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 총칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄하여 말합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에서 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 상해는 의료사고로 보지 않습니다.

2 이 특별약관에서 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원 또는 의원 등(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)을 말합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

5. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자에 기재된 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
② 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
③ 보험계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

6. (보험금의 청구)

보험계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료확인서 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발생 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

7. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기

일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

8. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

9. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

13 | 민사소송법률비용손해(실손)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

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

보험지식

회사가 보상하는 소송사건은 대법원 법원재판 사무처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.

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

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

3 위 1의 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 위 2에서 정한 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.
4 위 1에도 불구하고 이 계약이 갱신계약인 경우 직전 계약의 보험기간 중에 대한 민국 내에서 피보험자에게 발생한 사건에 대해 1 내지 3에 따라 보상합니다.
5 회사가 지급하여야 할 민사소송 법률비용손해 보험금은 심급별로 아래의 금액을 한도로 합니다.

구 분	변호사보수액	인지액 + 송달료
보상한도	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원 공제)	500만원 한도

용어의 정의

용어	정의
소송제기의 원인이 되는 사건	소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다. ○ 채무불이행/부당이득의 경우: 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건 ○ 손해배상의 경우: 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건
연간 하나의 사건	보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 1년이 되는 마지막날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적 분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.
하나의 소송	대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 1.(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법에 정한 파기환송심, 재심, 이송은 제외합니다.) 다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(민사소송법 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 1.(보험금의 지급사유)에 정한 바에 따라 피보험자에게 심급별로 아래 ① 내지 ③에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 민사소송 법률비용손해 보험금으로 지급합니다.
① 「변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙」에서 정한 변호사비용(【별표60-1】 "소송목적의 값에 따른 변호사비용" 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
② 「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액(【별표60-2】「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액" 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
③ 대법원의 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 송달료(【별표60-3】 "「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 송달료 (민사소송 법률비용손해)" 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료
2 위 1, ①의 경우 자기부담금을 공제하고 지급하며, 위 1의 각 호에 대해 종국판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
① 계약자나 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
② 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들

과 유사한 사태에 기인한 손해
③ 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고에 의한 손해
④ 위 ③ 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
⑤ 『민사소송법』에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
⑥ 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
⑦ 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
⑧ 『소비자기본법』 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송
⑨ 『자본시장과 금융투자업에 관한 법률』에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
⑩ 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
⑪ 『노동조합 및 노동관계조정법』에 관련된 쟁의행위, 『집회 및 시위에 관한 법률』에 관련된 시위행위에 관련된 소송
⑫ 『독점규제 및 공정거래에 관련 법률』,『증권관련집단소송법』에 관련된 소송
⑬ 가입여부와 관계없이 『자동차손해배상보장법』, 『산업재해보상보험법』 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용
⑭ 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
⑮ 소송의 결과에 따라 피보험자가 민사소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
⑯ 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
⑰ 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
⑱ 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

용어 풀이

핵연료물질

사용된 연료를 포함합니다.

핵연료물질에 오염된 물질

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

용어의 정의

용어	정의
소의 취하	민사소송법 제266조(소의 취하),동법 제393조(항소의 취하),동법 제425조(항소심절차에 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소,상고를 포함합니다.)에 대해 취하하는 것을 말합니다.
소의 각하	민사소송법 제254조(재판장의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장의 항소장 심사권),동법 제402조(항소심재판장의 항소장 심사권),동법 제425조(항소심절차에 준용)에 따라 소(항소,상고를 포함합니다.)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.
가족	1. 피보험자의 부모와 양부모 2. 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모 3. 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자 4. 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀 5. 피보험자의 며느리 6. 피보험자의 사위 ※ 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

4. (계약 후 알릴 의무)

1 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
① 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
② 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
③ 위 ① 및 ② 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

2 회사는 위 1에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

5. (특별약관의 해지)

1 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

2 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

3 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 14.(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
② 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 4.(계약후 알릴 의무)에서 정한 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

4 위 3.①의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.
① 회사가 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
④ 「보험을 모집한 자」(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

5 위 3에 의한 이 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 그러나 손해가 위 3.① 및 ②의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

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

7 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))」에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 위 4의 최초계약으로 봅니다. 다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

6. (타인을 위한 계약)

1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

7. (손해의 발생과 통지)

1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
① 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
② 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
③ 소송에 따른 판결이 내려진 경우
④ 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우 (회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

2 계약자 또는 피보험자가 위 1의 ①의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 위 1, ②의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할수 없다고 인정되는 부분은 보상하여 드리지 않습니다.

8. (손해방지의무)

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

9. (보험금의 분담)

1 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

산식

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

2 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 위 1에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 위 1에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

10. (보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

① 보험금 청구서(회사양식)

② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

③ 보험금 지급을 위한 증명서류(소장, 소송 상 조정 또는 소송상 화해시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)

④ 회사가 요구하는 그 밖의 서류

11. (보험금의 지급절차)

1 회사는 10.(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

2 회사는 위 1의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여【별표63】(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

12. (대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 판결결과에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

2 계약자 또는 피보험자는 위 1에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

3 위 1 및 2에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

4 회사는 위 1에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

13. (조사)

1 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송진행사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

2 회사는 위 1에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.
3 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.
4 계약자 또는 피보험자가 위 1에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 위 3을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

14. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년 미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.
4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

15. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면으로 안내합니다.

16. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

17. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에는 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 위 1 및 2에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

18. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

14 | 행정소송법률비용손해(실손)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

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

회사가 보상하는 소송사건은 대법원 법원재판사무 처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.

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

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

③ 위 ①의 소송은 위 ①에서 정한 심급별 하나의 소송에 한합니다.

④ 위 ①에도 불구하고 이 계약이 갱신계약인 경우 이전 계약의 보험기간 중에 대한민국 내에서 피보험자에게 발생한 사건에 대해서도 ① 내지 ③에 따라 보상합니다.

⑤ 회사가 지급하여야 할 행정소송 법률비용손해 보험금은 심급별로 아래의 금액을 한도로 합니다.

구분	변호사보수액	인지액 + 송달료
보상한도	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원 공제)	500만원 한도

용어의 정의

용어	정의
소송제기의 원인이 되는 사건	사실관계를 객관적으로 입증할 수 있는 사건이 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 국가기관 및 행정청으로부터 받은 행정처분 등을 말합니다.
하나의 소송	대법원 법원재판사무 처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 1.(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법주)에 정한 파기환송심, 재심 및 행정소송법에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다) 다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(민사소송법주) 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법주) 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

주) 행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 민사소송법을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 1.(보험금의 지급사유)에 정한 바에 따라 피보험자에게 심급별로 아래 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 행정소송 법률비용손해 보험금으로 지급하여 드립니다.

1. 「변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙」에서 정한 변호사비용(【별표61-1】 "소송목적의 값에 따른 변호사비용" 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
2. 「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액(【별표61-2】「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액" 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
3. 대법원의 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 송달료(【별표61-3】 "「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 송달료 (행정소송 법률비용손해)" 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

② 위 ①, ①의 경우 자기부담금을 공제하고 지급하며, 위 ①의 각 호에 대해 종국

판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

① 계약자나 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
② 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
③ 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고에 의한 손해
④ 위 [3] 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
⑤ 『행정소송법』(행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 『민사소송법』을 포함합니다)에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
⑥ 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
⑦ 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
⑧ 『소비자기본법』 제70조(단체소송의 대상등)에 따라 제기된 소송
⑨ 『자본시장과 금융투자업에 관한 법률』에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
⑩ 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
⑪ 노동조합 및 노동관계조정법에 관련된 쟁의행위, 집회 및 시위에 관한 법률에 관련 된 시위행위에 관련된 소송
⑫ 『독점규제 및 공정거래에 관련 법률』,『증권관련집단소송법』에 관련된 소송
⑬ 가입여부와 관계없이 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용
⑭ 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손, 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
⑮ 소송의 결과에 따라 피보험자가 소송 상대 측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
⑯ 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
⑰ 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
⑱ '국민투표무효소송' 및 『공직선거법』이 정한 '선거 무효소송'(공직선거법 제222조), '당선 무효소송'(공직선거법 제223조)
⑲ 국가 또는 공공단체의 기관이 법률에 위반되는 행위를 한 때에 직접 자기의 법률상 이익과 관계없이 그 시정을 구하기 위하여 제기하는 소송
⑳ 국가 또는 공공단체의 기관 상호간에 있어서 그 권한의 존부 또는 그 행사에 관하여 다툼이 있는 때 이에 대하여 제기하는 소송으로 국민의 구체적 권익구제와는 관련이 없는 기관소송(지방의회 또는 교육위원회 의결무효소송, 감독처분에 대한 이의소송 등을 말합니다)
㉑ 행정청이 당사자의 신청에 대하여 법률상의 응답의무가 있음에도 이를 하지 않는 경우 행정청의 응답을 신속하게 하기 위한 소송

용어의 정의

용어	정의
핵연료물질	사용이 끝난 연료를 포함합니다.
핵연료물질에 의하여 오염된 물질	원자핵분열 생성물을 포함합니다.
소의 취하	민사소송법[주] 제266조(소의 취하), 동법[주] 제393조(항소의 취하), 동법[주] 제425조(항소심절차에 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

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

주) 행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 민사소송법을 말합니다.

4. (계약 후 알릴 의무)

1 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
① 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
② 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
③ 위 ① 및 ② 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

2 회사는 위 1에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

5. (특별약관의 해지)

1 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

2 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

3 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 14.(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
② 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 4.(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

4 위 3.①의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.
① 회사가 최초계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
④ 「보험을 모집한 자」(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

5 위 3에 의한 이 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않습니다. 그러나 손해가 위 3.① 및 ②의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.

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

7 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 위 4의 최초계약으로 봅니다. 다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

6. (타인을 위한 계약)

1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

7. (손해의 발생과 통지)

1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

① 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)

② 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송 상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우

③ 소송에 따른 판결이 내려진 경우

④ 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우 (회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

2 계약자 또는 피보험자가 위 1.①의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 위 1,②의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

8. (손해방지의무)

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

9. (보험금의 분담)

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

산식

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

2 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 위 1에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 위 1에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

10. (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 보험금 청구서(회사양식)

② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

③ 보험금 지급을 위한 증명서류(소장, 소송 상 조정 또는 소송상 화해시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)

④ 회사가 요구하는 그 밖의 서류

11. (보험금의 지급절차)

1 회사는 10.(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

2 회사는 위 1의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여【별표63】(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

12. (대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 판결결과에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

2 계약자 또는 피보험자는 위 1에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를

제출하여야 합니다.

3 위 1 및 2에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

4 회사는 위 1에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

13. (조사)

1 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송진행사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

2 회사는 위 1에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.

3 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

4 계약자 또는 피보험자가 위 1에 협력하지 않아서 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 위 3을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

14. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년 미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

15. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면으로 안내합니다.

16. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

17. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에는 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 위 1 및 2에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

18. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

특별약관

제5장 재물손해 관련

어려운 용어는 프로미라이프 용어사전 참고 ····· 27
인용 법규는 약관에서 인용한 법규 참고 ····· 563

1 | 골프용품손해(실손) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 골프시설(골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장, 탈의실 등 그 외 부속시설을 포함합니다. 이하 같습니다)구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식을 포함합니다)중에 생긴 아래의 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

① 「보험증권에 기재된 골프용품(골프채, 골프가방, 그 밖의 골프용구 또는 피복류를 말합니다. 이하 같습니다)」(이하 "보험의 목적" 이라 합니다)에 생긴 화재(낙뢰를 포함합니다), 도난 손해

② 우연한 사고로 골프채가 부러지거나 휘어지거나 파손됨으로써 생긴 손해

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 보험의 목적에 1.(보험금의 지급사유)에 정한 손해가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 다음과 같이 보상합니다.

① 손해발생 당시 보험목적의 시가에 의하여 산정한 금액을 보상합니다.

② 손해가 발생된 보험목적을 수선하게 될 때에는 손해 발생 직전의 상태로 복구시키는데 필요한 수선비를 손해액으로 하여 보상합니다.

2 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 클 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1명에 대한 청구를 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

① 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우:

산식

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 계약의 보험가입금액의 합계액}}$$

② 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우:

산식

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

3 회사는 위 1에 정한 손해의 일부 또는 전부에 대하여 그 손해에 상당하는 현물의 보상으로써 보험금의 지급에 갈음할 수 있습니다.

4 회사는 피보험자가 사전에 회사의 동의를 얻어 도난당한 보험목적을 발견 회수하는 데에 지출한 비용을 보상합니다.

5 회사가 도난에 의한 골프용품손해를 보상하여 드렸을 때에는 도난당한 보험목적에 대하여 보험금의 보험가액에 대한 비율로 그 소유권을 차지할 수 있습니다. 그러나 피보험자는 그 보험금에 해당하는 금액을 회사에 내고 도난품의 소유권을 차지할 수 있습니다.

6 하나의 보험가입금액으로 둘 이상의 보험목적을 계약한 경우에는 전체 보험가액에 대한 각 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분하여 위 1 또는 2의 규정에 따라 지급보험금을 계산합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

① 보험의 목적의 사용과 관리를 위탁받은 자 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족(민법 제777조 규정의 범위와 같이하는 세대를 같이하다)의 고의로 인한 손해

② 보험의 목적에 존재하고 있는 흠, 마멸, 부식, 녹 또는 쥐나 벌레로 인한 손해

③ 분실

④ 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해

인용 문구

민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위

8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자

4. (계약 후 알릴 의무)

1 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체 없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

① 보험의 목적에 대하여 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

② 보험의 목적을 양도할 때

③ 보험의 목적 또는 보험의 목적을 수용하는 건물의 구조를 변경, 개축, 증축하거나 계속하여 15일 이상 수선할 때

④ 보험의 목적 또는 보험의 목적을 수용하는 건물의 용도를 변경함으로써 위험이 증가할 때

⑤ 보험의 목적인 건물 또는 보험목적이 들어있는 건물을 계속하여 30일 이상 비워두거나 휴업하는 경우

⑥ 위 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경됨을 알았을 때

2 회사는 위 1에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

3 위 1에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 차이로 계약자가 추가납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

5. (특별약관의 해지)

1 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

2 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

3 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 14.(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때

② 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 4.(계약 후 알릴 의무)1에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

4 위 3.①의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특별약관을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 최초계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때

③ 최초계약체결일부터 3년이 지났을 때

④ 「보험을 모집한 자」(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

5 위 3에 의한 이 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 그러나 손해가 위 3.① 및 ②의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

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

7 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 위 4의 최초계약으로 봅니다. 다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

6. (타인을 위한 계약)

1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

7. (특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 사고가 발생했을 경우에는 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

8. (손해의 통지 및 조사)

1 보험의 목적에 손해가 생긴 경우 계약자 또는 피보험자는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

2 계약자 또는 피보험자가 위 1의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

3 회사가 위 1의 손해의 사실을 확인하기 어려운 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 필요한 증거자료의 제출을 요청할 수 있습니다.

4 회사는 위 1의 통지를 받은 때에는 사고가 생긴 건물 또는 그 구내와 그곳에 들어있는 피보험자의 소유물을 조사할 수 있습니다.

9. (손해방지의무)

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

10. (손해액의 조사결정)

회사가 보상할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에서의 보험가액에 따라 계산합니다.

11. (보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

① 보험금청구서(회사양식)

② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

③ 기타 회사가 요구하는 증거자료

12. (보험금의 지급절차)

1 회사는 11.(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

2 회사가 위 1의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '【별표63】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

13. (현물보상)

회사는 손해의 일부 또는 전부에 대하여 재건축, 수리 또는 현물의 보상으로서 보험금의 지급에 대신할 수 있습니다.

14. (보험의 목적에 대한 조사)

회사는 보험의 목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 보험의 목적 또는 이들이 들어 있는 건물이나 구내를 조사할 수 있습니다.

15. (대위권)

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

2 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 위 1에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

3 위 1 및 2에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

4 회사는 위 1에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로

인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

16. (잔존물)

회사가 1.(보험금의 지급사유) ①의 보험금을 지급하고 잔존물을 취득할 의사표시를 하는 경우에는 그 잔존물은 회사의 소유가 됩니다.

17. (사기에 의한 계약)

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

18. (특별약관의 소멸)

① 보험목적에 대하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급하고, 이 특별약관은 효력을 가지지 않습니다.

19. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금, 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 24.(계약의 소멸), 12.(보험수익자의 지정)은 적용하지 않습니다.

특별약관

제6장 배상책임
관련

어려운 용어는 프로미라이프 용어사전 참고 ····· 27
인용 법규는 약관에서 인용한 법규 참고 ····· 563

1 | 가족일상생활배상책임(실손) 특별약관

1-1 | 가족일상생활배상책임(실손)(세만기) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 「아래에 열거한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 대인배상책임을 부담하거나 대물배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

① 「피보험자가 살고 있는 보험증권에 기재된 주택」(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고

② 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

용어 풀이

대인배상책임

타인의 신체에 피해를 입혀 피보험자가 부담하는 법률상의 배상책임

대물배상책임

타인의 재물에 손해를 일으켜 피보험자가 부담하는 법률상의 배상책임

2. (피보험자의 범위)

1 1.(보험금의 지급사유)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

① 「보험증권에 기재된 피보험자」(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)

② 「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다)

③ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(민법 제777조)

④ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

인용 문구

민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위

8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자

2 위 1에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

① 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금

② 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

㉮ 피보험자가 13.(손해방지 의무) 1.①의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

㉯ 피보험자가 13.(손해방지 의무) 1.②의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

㉰ 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

㉱ 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

㉲ 피보험자가 14.(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 2 및 3의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

4. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

① 계약자 또는 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임

② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태

로 생긴 손해에 대한 배상책임
③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
④ 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 보상합니다.
⑤ 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
⑥ 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
⑦ 위 ⑥ 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
⑧ 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
⑨ 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
⑩ 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
⑪ 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
⑫ 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
⑬ 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임
⑭ 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
⑮ 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
⑯ 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
⑰ 항공기, 선박, 차량 (원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
⑱ 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나, 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
⑲ 폭력행위로 인한 배상책임

용어 풀이

핵연료물질

사용된 연료를 포함합니다.

핵연료물질에 오염된 물질

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

5. (의무보험과의 관계)

1 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 17.(보험금의 분담)을 따릅니다.
2 위 1의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.
3 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 피보험자가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 위 1의 "의무보험에서 보상하는 금액"으로 봅니다.

6. (보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 자기부담금은 대인배상책임은 없는 것으로 하고, 대물배상책임은 20만원으로 합니다.
① 3.(보험금지급에 관한 세부규정) ①의 손해배상금 : 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
② 3.(보험금지급에 관한 세부규정) ②의 ㉮, ㉯ 또는 ㉰의 비용 : 피보험자가 지급한 비용의 전액을 보상합니다.
③ 3.(보험금지급에 관한 세부규정) ②의 ㉱ 또는 ㉲의 비용 : 이 비용과 위 ①에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액의 한도내에서 보상합니다.

7. (계약 후 알릴 의무)

1 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

① 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
② 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
③ 위 ① 및 ② 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

2 회사는 위 1에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

8. (계약의 해지)

1 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

2 회사는 계약자 또는 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

3 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 14.(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
② 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 7.(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

4 위 3.①의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.
① 회사가 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
④ 「보험을 모집한 자」(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

5 위 3에 의한 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 그러나 손해가 위 3.① 및 ②의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

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

7 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 위 4의 최초계약으로 봅니다. 다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

9. (타인을 위한 계약)

1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

10. (특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생했을 경우 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

11. (양도)

보험목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면으로 동의한 경우에는 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

12. (손해의 발생과 통지)

1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

① 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명

② 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우

③ 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

2 계약자 또는 피보험자가 위 1의 ① 내지 ③의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 위 1.③의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 3.(보험금 지급에 관한 세부규정) ① 및 ②의 ㉱ 또는 ㉲의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

13. (손해방지의무)

1 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

① 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)

② 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 조치를 취하는 일

③ 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

2 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 위 1의 의무를 이행하지 않았을 때에는 3.(보험금 지급에 관한 세부규정)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

① 위 1.①의 경우에는 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액

② 위 1.②의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액

③ 위 1.③의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

14. (손해배상청구에 대한 회사의 해결)

1 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

2 회사는 위 1의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

3 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

4 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 위 2 및 3의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

15. (보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

① 보험금청구서(회사양식)

② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

③ 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류

④ 회사가 요구하는 그 밖의 서류

16. (보험금의 지급절차)

1 회사는 15.(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

2 회사는 위 1의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표63】(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그

해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

17. (보험금의 분담)

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

산식

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

2 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 위 1에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 위 1에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

18. (사기에 의한 계약)

피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 이 특별약관을 취소할 수 있습니다.

19. (대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

① 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권

② 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

2 계약자 또는 피보험자는 위 1에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

3 위 1 및 2에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

4 회사는 위 1에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

20. (조사)

1 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

2 회사는 위 1에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.

3 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

21. (합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

1 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

2 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 위 1의 절차에 협조하거나 대행합니다.

보험지식

보상책임을 지는 한도

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

3 회사가 위 1의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에

따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

4 회사는 다음의 경우에는 위 1의 절차를 대행하지 않습니다.

① 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때

② 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

5 회사가 위 1의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

22. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

23. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다.

1-2 | 가족일상생활배상책임(실손)(3년만기자동갱신) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「아래에 열거한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 대인배상책임을 부담하거나 대물배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

① 「피보험자가 살고 있는 보험증권에 기재된 주택」(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고

② 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

용어 풀이

대인배상책임

타인의 신체에 피해를 입혀 피보험자가 부담하는 법률상의 배상책임

대물배상책임

타인의 재물에 손해를 일으켜 피보험자가 부담하는 법률상의 배상책임

2. (피보험자의 범위)

1 1.(보험금의 지급사유)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

① 「보험증권에 기재된 피보험자」(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)

② 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하 "배우자"라 합니다)

③ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(민법 제777조)

④ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

인용 문구

민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위

8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자

2 위 1에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

① 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
② 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
㉮ 피보험자가 13.(손해방지 의무) 1.①의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
㉯ 피보험자가 13.(손해방지 의무) 1.②의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
㉰ 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
㉱ 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
㉲ 피보험자가 14.(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 2 및 3의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

4. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.
① 계약자 또는 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
④ 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
⑤ 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
⑥ 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
⑦ 위 ⑥ 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
⑧ 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
⑨ 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
⑩ 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
⑪ 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
⑫ 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
⑬ 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병, 그로 인한 사망을 말합니다)로 인한 배상책임
⑭ 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
⑮ 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
⑯ 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
⑰ 항공기, 선박, 차량 (원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
⑱ 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나, 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
⑲ 폭력행위로 인한 배상책임

용어 풀이

핵연료물질

사용된 연료를 포함합니다.

핵연료물질에 오염된 물질

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

5. (의무보험과의 관계)

1 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 17.(보험금의 분담)을 따릅니다.
2 위 1의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.
3 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 피보험자가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 위 1의 "의무보험에서 보상하는 금액"으로 봅니다.

6. (보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 자기부담금은 대인배상책임은 없는 것으로 하고, 대물배상책임은 20만원으로 합니다.

① 3.(보험금지급에 관한 세부규정) ①의 손해배상금 : 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.

② 3.(보험금지급에 관한 세부규정) ②의 ㉮, ㉯ 또는 ㉰의 비용 : 피보험자가 지급한 비용의 전액을 보상합니다.

③ 3.(보험금지급에 관한 세부규정) ②의 ㉱ 또는 ㉲의 비용 : 이 비용과 위 ①에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액의 한도내에서 보상합니다.

7. (계약 후 알릴 의무)

1 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

① 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때

② 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

③ 위 ① 및 ② 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

2 회사는 위 1에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

8. (특별약관의 해지)

1 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

2 회사는 계약자 또는 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

3 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 14.(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때

② 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 7.(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

4 위 3.①의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 최초계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때

③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

④ 「보험을 모집한 자」(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

5 위 3에 의한 이 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 그러나 손해가 위 3.① 및 ②의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

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

7 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 위 4의 최초계약으로 봅니다. 다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

9. (타인을 위한 계약)

1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

10. (특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생했을 경우 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

11. (양도)

보험목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면으로 동의한 경우에는 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 보험계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

12. (손해의 발생과 통지)

1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
① 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
② 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
③ 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

2 계약자 또는 피보험자가 위 1의 ① 내지 ③의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 위 1.③의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 3.(보험금 지급에 관한 세부규정) ① 및 ②의 ㉰ 또는 ㉱의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

13. (손해방지의무)

1 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
① 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
② 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 조치를 취하는 일
③ 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

2 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 위 1의 의무를 이행하지 않았을 때에는 3.(보험금 지급에 관한 세부규정)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
① 위 1.①의 경우에는 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
② 위 1.②의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
③ 위 1.③의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

14. (손해배상청구에 대한 회사의 해결)

1 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

2 회사는 위 1의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

3 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

4 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 위 2 및 3의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

15. (보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.
① 보험금청구서(회사양식)
② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인

이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
③ 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
④ 회사가 요구하는 그 밖의 서류

16. (보험금의 지급절차)

1 회사는 15.(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

2 회사는 위 1의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여【별표63】(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

17. (보험금의 분담)

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

산식

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

2 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 위 1에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 위 1에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

18. (사기에 의한 계약)

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

19. (대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
① 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
② 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

2 계약자 또는 피보험자는 위 1에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

3 위 1 및 2에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

4 회사는 위 1에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

20. (조사)

1 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

2 회사는 위 1에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.

3 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

21. (합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

1 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와

행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

2 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 위 1의 절차에 협조하거나 대행합니다.

용어 풀이

보상책임을 지는 한도

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

3 회사가 위 1의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

4 회사는 다음의 경우에는 위 1의 절차를 대행하지 않습니다.

① 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때

② 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

5 회사가 위 1의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

22. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 특별약관의 만기일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 특별약관의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 갱신시점에서 잔여보험기간이 3년미만일 경우 위 1에도 불구하고 그 잔여기간을 보상기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

23. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

24. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관에서 정한 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

25. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

26. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금 및 36.(중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 26-1.(보험료 납입면제)는 적용하지 않습니다.

용어풀이

신체	신체라 함은 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
신체장해	신체장해라 함은 신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.
재물손해	재물손해라 함은 아래와 같습니다. ① 물리적으로 망가뜨려진 유체물의 직접손해 ② 물리적으로 망가뜨려진 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해 ③ 물리적으로 망가뜨려지지 않은 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해
사고	사고라 함은 급격하게 발생하는 것을 포함하여 위험이 서서히, 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 신체장해나 재물손해를 말합니다.
1회의사고	1회의 사고라 함은 하나의 원인 또는 사실상 같은 종류의 위험에 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 사고로써 피보험자나 피해자의 수 또는 손해배상청구의 수에 관계없이 1회의 사고로 봅니다.
법률상의 배상책임	법률상의 배상책임이라 함은 법률규정에 따른 배상책임을 말하며, 계약에 의하여 법률규정보다 가중된 배상책임(계약상의 가중책임)은 제외합니다.

특별약관

제7장 무배당
프로미라이프
실손의료비

어려운 용어는 프로미라이프 용어사전 참고 ····· 27
인용 법규는 약관에서 인용한 법규 참고 ····· 563

실손의료비보험은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 회사가 보상하는 상품입니다.

1 | 무배당 프로미라이프 실손의료비 특별약관

제1관 일반사항 및 용어의 정의

1. (보장종목)

1 회사가 판매하는 실손의료비보험상품은 다음과 같이 신상해입원형, 상해통원형, 신질병입원형, 질병통원형의 4개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
신상해입원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
상해통원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 약제(처방조제)를 받은 경우에 보상
신질병입원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
질병통원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 약제(처방조제)를 받은 경우에 보상

2 회사는 이 약관의 명칭에 '실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

2. (용어정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 <붙임1_용어의 정의>와 같습니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

3. (보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

(1) 신상해입원

1 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

구 분		보상금액
표준형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 가산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액 제외
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

위 표에서 '비급여'라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

구 분		보상금액
선택형Ⅱ	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)'의 90%에 해당하는 금액과 '비급여주)(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)'의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 10%에 해당하는 금액과 비급여주)의 20%에 해당하는 금액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액 제외
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

위 표에서 '비급여'라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

2 위 1의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

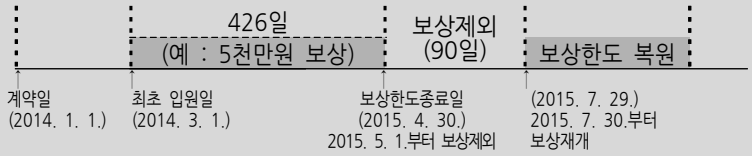
3 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)을 한도로 보상합니다.

4 위 1에도 불구하고 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도 종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.

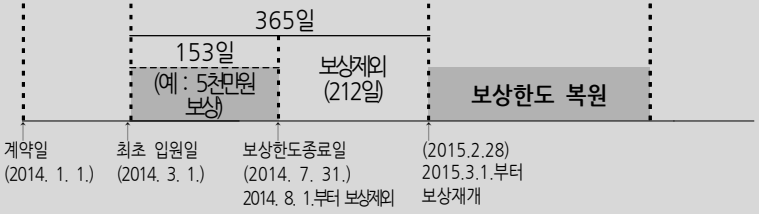
보험 지식

보상기간 예시

(ⅰ) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이상인 경우



(ⅱ) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우



5 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 위 4는 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 위 4를 적용합니다.

6 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

(2) 상해통원

1 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래의료비(외래제비용, 외래수술비) 및 약제의료비(처방조제비)를 각각 보상합니다

구분	보상한도
외래의료비	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여[주1)]'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 〈표1〉의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액[주2)]의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)
약제의료비 (처방조제비)	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여[주1)]'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 〈표1〉의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 약제의료비(처방조제비)의 보험가입금액[주2)]의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)

주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

주2) 외래 및 약제의료비는 회(건)당 합산하여 30만원이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액으로 합니다.

〈표1〉 항목별 공제금액

구 분		항목	공제금액
표준형	외래의료비 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액
	약제의료비 (처방조제비)	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액

구 분		항목	공제금액
선택형Ⅱ	외래의료비(외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
선택형Ⅱ	약제의료비(처방조제비)	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액

2 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래의료비는 방문 90회, 약제의료비(처방조제비)는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 위 1을 적용합니다.

보험지식

보상기간 예시

3 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 상해로 약국에서 2회 이상의 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 위 1 과 2를 적용합니다. 의료기관을 중복 방문한 경우에는 의료기관중 가장 높은 공제금액을 1회만 공제합니다.

4 위 1의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

5 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 〈표1〉의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액의 40%를 외래의료비 및 약제의료비(처방조제비)로 보험가입금액 [외래의료비 및 약제의료비(처방조제비)는 회(건)당 합산하여 30만원이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다] 의 한도 내에서 보상합니다.

6 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

(3) 신질병입원

1 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

구 분		보상금액
표준형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액은 제외
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
선택형 II	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)'의 90%에 해당하는 금액과 '비급여주)(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)'의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 10%에 해당하는 금액과 비급여주)의 20%에 해당하는 금액을 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액 제외
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만,1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

위 표에서 '비급여'라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

2 위 1의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 입원의료비는 보상하지 않습니다.

3 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

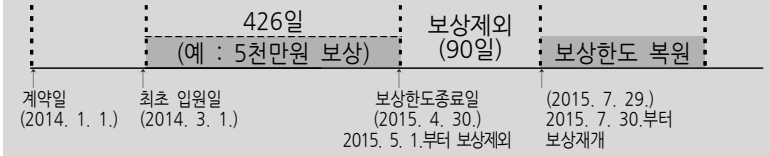
4 위 1에도 불구하고 회사는 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도 종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과

동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다

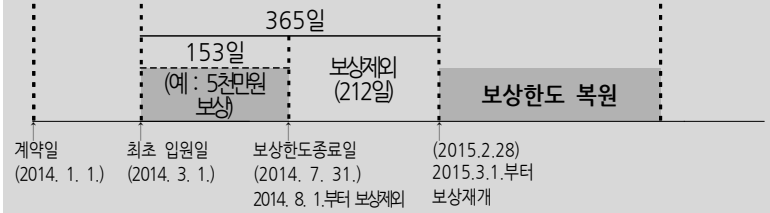
보험 지식

보상기간 예시

(ⅰ) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이상인 경우



(ⅱ) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우



5 "하나의 질병"이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.

6 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 위 4는 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 위 4를 적용합니다.

7 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

8 위 2에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동 갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

9 위 8에서 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이란 30.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

10 31.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 해지계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 8의 청약일로 하여 적용합니다.

(4) 질병통원

1 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래의료비(외래제비용, 외래수술비) 및 약제의료비(처방조제비)를 각각 보상합니다.

구 분	보상한도
외래의료비	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여[주1)]'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 〈표1〉의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의료비 보험가입금액[주2)]의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)
약제의료비 (처방조제비)	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여[주1)]'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 〈표1〉의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 약제의료비 보험가입금액[주2)]을 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)

주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상

(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)

주2) 외래 및 약제의료비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다.

〈표1〉 항목별 공제금액

구 분		항목	공제금액
표준형	외래의료비(외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액
	약제의료비(처방조제비)	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액

구 분		항목	공제금액
선택형 II	외래의료비(외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액

구 분		항목	공제금액
선택형Ⅱ	약제의료비(처방조제비)	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액

2 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래의료비는 방문 90회, 약제의료비(처방조제비)는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 위 1을 적용합니다.

보험 지식

보상기간 예시

3 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 질병으로 약국에서 2회 이상 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 위 1과 2를 적용합니다. 의료기관을 중복방문한 경우에는 의료기관중 가장 높은 공제금액을 1회만 공제합니다.

4 제3항에서 "하나의 질병"이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다.

5 위 1의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 외래 및 처방조제비는 보상하지 않습니다.

6 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 〈표1〉의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액의 40%를 외래의료비 및 약제의료비(처방조제비) 각각의 보험가입금액(외래의료비 및 약제의료비(처방조제비)는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

7 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

8 위 5에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동 갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

9 위 8에서 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이란 30.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

10 31.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 해지 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 위 7의 청약일로 하여 적용합니다.

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

4. (보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장 종목별로 다음과 같습니다.

(1) 신상해입원

1 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원한 경우에는 보상합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 자의적인 입원으로 인하여 발생한 입원의료비

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

② 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 따른 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)

③ 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 탑승

3 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

① 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비

② 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)

③ 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

④ 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

⑤ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

⑥ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우는 보상합니다.

⑦ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비

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

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

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또

는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다.)

마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

⑧ 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비

⑨ 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 3.(보장종목별 보상내용) (1) 신상해입원 1, 2 및 4부터 6에 따라 보상합니다.

⑩ 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비

(2) 상해통원

1 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 통원한 경우에는 보상합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인하여 통원한 경우

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 따른 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)

③ 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

3 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

① 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비

② 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)

③ 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

④ 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

⑤ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

⑥ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.

⑦ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비

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

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

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여

대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다.)

마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

⑧ 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비

⑨ 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 3.(보장 종목별 보상내용) (2) 상해통원 1부터 4 및 6에 따라 보상합니다.

⑩ 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비

⑪ 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

(3) 신질병입원

1 회사는 다음의 사유로 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비

2 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F04~F99)
(다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)

② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)

④ 선천성 뇌질환(Q00~Q04)

⑤ 비만(E66)

⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)

⑦ 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)

3 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

① 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비

② 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)

③ 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

④ 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

⑤ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

⑥ 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 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

다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

⑦ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.

⑧ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비

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

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

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

⑨ 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비

⑩ 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 3.(보장종목별 보상내용) (3) 신질병입원 [1], [2] 및 [4]부터 [10]에 따라 보상합니다.

⑪ 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 따른 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)

⑫ 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비

(4) 질병통원

[1] 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

[2] 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F04~F99)
(다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」상 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)

② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99)

④ 선천성 뇌질환(Q00~Q04)

⑤ 비만(E66)

⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)

⑦ 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」 상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)

[3] 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

① 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비

② 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)

③ 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」

에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

④ 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

⑤ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

⑥ 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 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

다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

⑦ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우에는 보상합니다.

⑧ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비

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

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

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

⑨ 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비

⑩ 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 3.(보장종목별 보상내용) (4)질병통원 1️⃣부터 5️⃣ 및 7️⃣부터 🔟에 따라 보상합니다.

⑪ 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 따른 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)

⑫ 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비

⑬ 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제4관 보험금의 지급

5. (보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 3.(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

6. (보험금의 청구)

1️⃣ 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

④ 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

7. (보험금의 지급절차)

1 회사는 6.(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

2 위 1에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 위 1의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 6.(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

① 소송제기
② 분쟁조정 신청
③ 수사기관의 조사
④ 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
⑤ 4에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
⑥ 7에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

3 위 2에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

4 회사는 위 1에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(위 2에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 〈붙임2_보험금을 지급할 때의 적립이율 계산〉에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

5 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 13.(알릴 의무 위반의 효과) 및 위 2의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 회사는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

6 회사는 위 5의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

7 보험수익자와 회사가 3.(담보종목별 보장내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

8 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」 상 본인부담금 상한제, 「의료급여법」 상 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.

9 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

8. (보험금을 받는 방법의 변경)

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

2 회사는 위 1에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

9. (주소변경의 통지)

1 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

2 위 1에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에

필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

10. (대표자의 지정)

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

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

11. (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법에 따른 "고지의무"와 같으며, 이하 "계약 전 알릴 의무"라 합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

12. (상해보험계약 후 알릴 의무)

1 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체 없이 회사에 알려야 합니다.
2 회사는 위 1에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
3 위 1의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 「직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율」(이하 "변경 전 요율"이라 합니다)의 「직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율」(이하 "변경 후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 상해에 대해서는 삭감하지 않습니다.
4 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우에 변경 후 요율이 변경 전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 위 3에 따라 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.
5 회사는 위 1에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 차이로 계약자가 추가납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

13. (알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
  ① 계약자나, 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 11.(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우.
  ② 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제12조(상해보험계약 후 알릴 의무) 1에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
2 위 1.①의 경우라도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
  ① 회사가 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
  ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
  ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
  ④ 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.

⑤ 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때

나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때

다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

3 위 1에 따라 계약을 해지하였을 때에는 회사는 36.(해지환급금) 1에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

위 1.①에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다” 라는 문구와 함께 서면 등으로 알려 드립니다.

5 위 1, ②에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 12.(상해보험계약 후 알릴 의무) 3 또는 4에 따라 보험금을 지급합니다.

6 위 1에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 위 4 및 위 5 에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.

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

8 31.(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 위 2의 최초계약으로 봅니다. 다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

14. (사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단이나, 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제6관 보험계약의 성립과 유지

15. (보험계약의 성립)

1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

2 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

3 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.

4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

16. (청약의 철회)

1 계약자는 보험증권을 받은 날로부터 15일이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 철회할 수 없습니다.

1. 진단계약
2. 보험기간이 1년 미만인 계약
3. 전문보험계약자가 체결한 계약

용어 풀이

전문보험계약자

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

2 위 1에도 불구하고, 청약한 날로부터 30일이 지나면 청약을 철회할 수 없습니다.

3 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 위 1의 청약을 철회할 수 있습니다.

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

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

6 위 1에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명해야 합니다.

용어 풀이

보험계약대출이율

해당 보험상품의 약관에 따라 계약자가 대출을 받을 경우, 회사가 정하는 대출이율이며, 보험계약대출이율이 변경되는 경우, 변경된 시점부터 변경된 이율을 적용합니다.

17. (약관교부 및 설명의무 등)

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

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

② 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문하거나 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

용어 풀이

통신판매계약

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

2 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

① 회사가 위 1에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우

② 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(자필서명에는 도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조 제2호 또는 제3호에 따른 전자서명 또는 공인전자서명을 포함합니다)

3 위 2에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 다음의 어느 하나에 해당할 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 1에 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 위 2에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

5 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약을 체결

하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

18. (계약의 무효)

1 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

2 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

19. (계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.

① 보험종목 또는 보장종목
② 보험기간
③ 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
④ 계약자, 보험가입금액 등 그 밖의 계약내용

2 계약자가 제1회 보험료를 납입한 날부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험 종목을 변경하여 드립니다.

3 계약자가 위 1.④에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 36.(해지환급금) 1에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

5 계약자가 위 4에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

6 회사는 위 1에 따라 계약자가 변경된 경우 회사는 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

7 위 1에 따라 계약의 위험이 증가하거나 감소하는 등 계약내용이 변경되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약의 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

20. (보험나이 등)

1 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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

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

보험 지식

보험나이 계산 예시

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2014년 4월 13일
⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

21. (계약의 소멸)

1 피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

2 위 1에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급합니다.

제7관 자동갱신 및 재가입 등

22. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 계약의 보험기간은 1년으로 합니다.

2 이 계약이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 계약의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 계약의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간(보장내용변경주기) 이내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

23. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용합니다.(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다) 다만, 보장내용 변경주기 이후부터 금융감독원장이 정한 시행세칙에 따른 표준약관을 적용합니다.

2 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

3 회사는 실손의료비의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

24. (갱신보장계약의 보장개시)

위 22.(보험기간 및 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신보장계약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

25. (계약의 재가입)

1 계약이 아래 ① 내지 ②의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기 만료일 전까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약 만료일의 다음날 재가입할 수 있습니다.

① 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 정한 나이의 범위 내일 것

② 재가입 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

2 이 계약의 자동갱신종료 후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.

3 회사는 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 이전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드리고, 재가입일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 재가입하지 않는 것으로 보지 않습니다.

4 회사가 3에 의한 안내를 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 것으로 확인한 경우에는 3에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제8관 보험료의 납입

26. (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 계약자로부터 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

보험 지식

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 위 2에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

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

② 13.(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생 시까지 피보험자가 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장을 해드립니다.

4 계약이 갱신되는 경우에는 위 1 부터 위 3 까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

27. (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 30.(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

28. (제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 계약자가 보험료를 납입한 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사가 발행한 증명서류를 영수증으로 대신합니다.

용어 풀이

납입기일

계약자가 제2회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

29. (보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 30.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 37.(보험계약대출) 1에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내용을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

2 위 1의 규정에 따른 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 위 1과 2에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며, 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 위 1에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출 납입이 이루어진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구하였을 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 36.(해지환급금) 1에 따른 해지환급금을 지급합니다.

5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음을 포함합니다) 또는 전자문서(문자메시지를 포함합니다)

등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

30. (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용. 이 경우 계약이 해지되면 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.

2 회사가 위 1에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.

3 회사는 2에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 1에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

4 위 1에 따라 계약이 해지된 경우에는 36.(해지환급금) 1에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

31. (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1 30.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율에 1%를 더한 이율의 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

2 위 1에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 11.(계약 전 알릴의무) 및 13.(알릴 의무 위반의 효과), 14.(사기에 의한 계약), 15.(보험계약의 성립) 및 26.(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

3 위 1에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 11.(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 13.(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

32. (강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 19.(계약내용의 변경 등) 1의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

2 회사는 보험수익자가 위 1에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

3 회사는 위 1의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 위 1의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

4 회사는 위 1의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 위 1에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

5 보험수익자는 통지를 받은 날(위 3에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 1의 절차를 이행할 수 있습니다.

제9관 계약의 해지 및 해지환급금 등

33. (계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사는 36.(해지환급금) 1에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

34. (중대사유로 인한 해지)

1 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급 받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

2 회사는 위 1에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 사실을 계약자에게 통지하고 36.(해지환급금) 1에 따른 해지환급금을 지급합니다.

35. (회사의 파산선고와 해지)

1 회사가 파산의 선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

2 위 1에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.

3 위 1에 따라 계약이 해지되거나 위 2에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 36.(해지환급금) 1에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

36. (해지환급금)

1 이 약관에 따른 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

2 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '<붙임2_보험금을 지급할 때의 적립이율 계산>에서 정한 이율'에 따릅니다.

3 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

37. (보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 다만, 순수보장성보험 등 보험 상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

2 계약자는 위 1에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있습니다.

3 계약자가 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 보험계약대출금과 그 이자를 상환하지 않은 경우 회사는 그 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

4 위 3에도 불구하고 30.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 경우 회사는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

5 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

38. (배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

39. (다수보험의 처리)

1 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 2에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

2 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원, 외래, 약제(처방조제)를 각각 구분하여 계산합니다.

산식

$$\text{각 계약별 비례분담액} = (\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}}$$

40. (연대책임)

1 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.

2 위 1에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제10관 분쟁의 조정 등

41. (분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자나 그 밖의 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

42. (관할법원)

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

43. (소멸시효)

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

보험 지식

소멸시효

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2015년 10월1일에 발생하였음에도 2018년 10월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

44. (약관의 해석)

1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

3 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

45. (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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

46. (회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 위 2에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

4 회사가 제17조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제5항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.

5 위 4에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 계약의 최초계약일로부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

47. (개인정보보호)

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

48. (준거법)

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

49. (예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

〈붙임1_용어의 정의〉

용 어	정 의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자계산방법
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말함
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약

용 어	정 의
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분
약국	「약사법」 제2조 제3항에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	「국민건강보험법」 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원을 말하며, 조산원은 제외
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 병실료 산정에 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방

용 어	정 의
	료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 석고붕대료(Cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액
보상한도 종료일	회사가 보험가입금액 한도까지 입원의료비를 보상한 기준 입원일자
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 석고붕대료(Cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양

용 어	정 의
	자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰 · 검사 2. 약제 · 치료재료의 지급 3. 처치 · 수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰 · 검사 2. 약제 · 치료재료의 지급 3. 처치 · 수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」 에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법시행령」 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 회사가 보장하지 않는 금액
보상책임액	(보상대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해 · 질병 · 간병

용 어	정 의
	보험 등 제3보험, 개인연금 · 퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함

<붙임2_보험금을 지급할 때의 적립이율 계산>

구분	기간	지급이자
보장관련 보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
보통약관 36.(해지환급금)의 해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 금리연동형보험의 경우 상기 평균공시이율은 적립순보험료에 대한 적립이율(공시이율 등)을 말합니다.
4. 가산이율 적용시 7.(보험금의 지급절차)의 [2], ① 내지 ⑥ 의 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.

제도성
특별약관

어려운 용어는 프로미라이프 용어사전 참고 ····· 27
인용 법규는 약관에서 인용한 법규 참고 ····· 563

1 | 이륜자동차 운전중상해 부담보 특별약관

1. (계약의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 「보험계약」(보통약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 "보험계약"이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

2 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 25.(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

3 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

4 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

2. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다)하는 중 상해를 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 위 1의 이륜자동차라 함은 다음과 같습니다.
자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차(총배기량 또는 정격출력의 크기에 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차(다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자동차를 포함합니다))
① 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
② 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차

3 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다)하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 사고처리 확인원 등으로 결정합니다.

3. (해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보통계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

2 | 보험료 자동납입 특별약관

1. (보험료 납입)

1 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.

2 위 1에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 18.(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.
다만, 계약자의 책임있는 사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다.

2. (보험료의 영수)

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

3. (보험계약후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

3 | 선지급 서비스 특별약관

1. (적용대상)

1 이 선지급서비스 특별약관(이하 "특별약관"이라 합니다)을 부가하는 보통약관은 계약자와 피보험자가 동일한 보험계약이어야 합니다.

2 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지로 합니다.

3 보통약관에 사망보험금을 지급하는 특별약관(이하 "사망보장 특별약관"이라 합니다)이 부가되어 있는 경우에도 이 특별약관을 적용합니다.

2. (지급사유)

1 회사는 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에 정한 국내의 종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 전문의 자격을 가진 자가 실시한 진단결과 「피보험자의 잔여수명」(이하 "여명"이라 합니다)이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 사망보험금의 50%를 선지급 사망보험금(이하 "보험금"이라 합니다)으로 피보험자에게 지급합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

2 이 특별약관의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해지환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특별약관의 보험금 지급일 이후 사망보장 특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특별약관에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금은 지급하지 않습니다.

3 이 특별약관의 보험금이 지급되기 전에 사망보장 특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특별약관의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

4 사망보장 특별약관에 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

5 이 특별약관의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 여명기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 보통약관에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계를 뺀 금액을 지급합니다.

6 이 특별약관의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 사망보장 특별약관의 사망보험금액을 기준으로 합니다.

3. (보험금의 지정대리 청구인)

1 계약자가 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 미리 지정한 자 또는 지정대리청구인이 7.(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 있습니다.

인용문구

지정대리청구인

4.(지정대리청구인의 변경지정)의 규정에 따라 변경 지정한 다음의 자

① 보험금 청구시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상의 배우자

② 보험금 청구시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

4. (지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경

우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권에 그 뜻을 기재합니다.
① 청구서(회사양식)
② 보험증권
③ 지정대리청구인의 주민등록등본
④ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)

5. (보험금을 지급하지 아니하는 보험사고)

계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가 2.(지급사유)의 1에 해당된 경우에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

6. (특별약관의 보험료)

이 특별약관의 보험료는 없습니다.

7. (보험금의 청구)

1 피보험자 또는 지정대리 청구인은 위 1.(적용대상)에 정한 특별약관의 보험기간중에 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 이 특별약관의 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(병원 또는 의원 등에서 발급한 진단서)
③ 주민등록증 제시
④ 피보험자의 인감증명서(지정대리청구인이 청구할 경우)
⑤ 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
⑥ 기타 피보험자 또는 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원 등에서 위 1.②의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원 등은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

8. (보험금의 지급)

1 회사는 위 7.(보험금의 청구)의 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이 특별약관의 보험금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 접수 후 10영업일 이내에 드립니다.

2 위 1의 규정에 따라 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 계약자가 회사로부터의 사실 조회에 대하여 정당한 사유없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는 그 회답 또는 동의를 얻어 사실 확인이 끝날 때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, 회사가 지정한 의사에 의한 피보험자의 진단을 요구한 경우에도 진단을 받지 않은 때에는 진단을 받고 사실 확인이 끝날 때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

3 회사는 위 1의 규정에 의한 지급기일내에 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 않습니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 사망을 보장하는 특별약관을 따릅니다.

4 | 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

1. (특별약관의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 「보험계약」(보통약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 "보험계약"이라 합니다)을 체결할때 피보험자의 건강상태가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

2 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 보통약관 25.(제1회 보험료 및 회사의

보장개시)에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

3 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

4 보험계약에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

① 2.(특별면책조건의 내용) 1.①에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일(책임개시일) 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우

② 2.(특별면책조건의 내용) 1.②에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일(책임개시일) 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

2. (특별면책조건의 내용)

1 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 질병으로 인해 사망하거나 또는 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표 1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태를 보장하는 특별약관에서 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.

① 「【별표62】특정부위·질병분류표 1 특정부위)중에서 회사가 지정한 부위」(이하 "특정부위"라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)

② 「【별표62】특정부위·질병분류표 2 특정질병)중에서 회사가 지정한 질병」(이하 "특정질병"이라 합니다)

2 위 1의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 "1년부터 5년" 또는 "보험계약의 보험기간"으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

3 위 2에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을 "보험계약의 보험기간 전체"로 적용한 경우 최초 보험계약 청약일로부터 5년 이내에 위 1.①에서 정한 특정부위에 발생한 질병 및 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병 또는 1.②에서 정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우에는 최초 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다.

4 위 1의 규정에도 불구하고 아래의 사항 중 어느 한가지 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

① 위 1.①에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

② 위 1.②에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

③ 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우

5 피보험자가 회사에서 정한 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

6 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

7 위 1의 특정부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

3. (해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5 | 특별조건부(표준하체 인수) 특별약관

1. (특별약관의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보험계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 표준체보험에 가입할 수 없다고 인정되는 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 이 특별약관의 적용을 받는 보험계약은 『해당계약』이라 합니다)

용어 풀이

표준체

건강상태에 따라 위험률을 할인, 할증하지 않은 일반 위험률을 적용하는 피보험자

표준하체

위험도가 높아 표준체보험에 가입할 수 없는 피보험자

2 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 보통약관 25.(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

3 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

2. (특별약관의 내용)

이 특별약관은 피보험자의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 특별약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

3. (특별약관의 부가조건)

1 이 특별약관에 의하여 부가하는 계약조건은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한가지의 방법으로 부가합니다.

① 할증보험료법

할증위험률에 의한 보험료와 표준체 보험료와의 차액을 특별약관보험료라 하며 계약체결시 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특별약관 보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 보험계약에서 정한 보험금을 지급합니다.

용어 풀이

할증위험률

피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 일반위험률보다 높게 적용되는 위험률

② 보험금감액법

계약일로부터 회사가 정하는 삭감기간내에 해당계약의 규정에 정하는 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당계약의 규정에도 불구하고 계약시에 정한 삭감기간에 따라 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

경과기간	기준	삭감 기간 및 보험금지급비율				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	보험계약에 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년이상 2년미만		100%	60%	50%	40%	30%
2년이상 3년미만		100%	100%	75%	60%	45%
3년이상 4년미만		100%	100%	100%	80%	60%
4년이상 5년미만		100%	100%	100%	100%	80%
5년이상		100%	100%	100%	100%	100%

주) 위 보험금지급비율은 보험가입금액에 따른 표준체 지급액 대비 지급비율임

2 위 1의 규정에 의하여 계약에 부가된 조건을 보험증권에 기재하여 드립니다.

4. (특별약관의 보험기간)

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

2 이 특별약관의 보험료는 해당계약의 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납

입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

5. (특별약관의 변경)

이 특별약관은 제1절 보통약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.

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

보험 지식

감액완납보험

차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험

연장보험

차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 정기보험(일정기간동안 사망을 보장하는 보험)으로 변경하는 보험

6. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

6 | 지정대리청구서비스 특별약관

1. (적용대상)

이 특별약관(이하 "특별약관"이라 합니다)은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

2. (특별약관의 체결 및 소멸)

[1] 이 특별약관은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사" 라 합니다)

[2] 1.(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되는 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

3. (지정대리청구인의 지정)

[1] 보험계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각호에 해당하는 자 중 1인을 「보험금의 대리청구인」(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정(4.(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호에 해당하여야 합니다.

① 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보 험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자

② 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보 험자(보험대상자)의 3촌 이내의 친족

[2] 위 [1]에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 1.(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

4. (지정대리청구인의 변경지정)

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

① 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)

② 보험증권

③ 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)

④ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

5. (보험금 지급 등의 절차)

[1] 지정대리청구인은 6.(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 1.(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 1.(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.

6. (보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서
③ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
④ 피보험자의 인감증명서
⑤ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
⑥ 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

7. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

7 | 전자서명 특별약관

1. (적용대상)

「이 전자서명 특별약관」(이하 "특별약관"이라 합니다)은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

2. (특별약관의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 「보험계약」(보통약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 "보험계약"이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.

2 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 제2조 제3호에 따른 공인전자서명(이하 "전자서명"이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

인용문구

전자서명법 제2조(정의)

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

3. (약관교부 등의 특례)

1 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본) 및 보험증권(보험가입증권) 등(이하 "보험계약 안내자료"라 합니다)을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 교부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수령하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

2 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 아니하거나, 서면교부를 요청하는 경우에는 청약한날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

4. (보험계약자의 알릴 의무)

1 계약자가 3.(약관교부 등의 특례)의 1에서 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.

2 위의 1에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.

3 위의 1 또는 2에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나

알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 아니하여 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

【별표1】 장해분류표

1 총칙

1. 장해의 정의

1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 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 한시장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위

'신체부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 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) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로

교정한 시력을 말한다.

3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각')를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해정도를 평가한다.
5) '안구의 뚜렷한 운동장해'라 함은 안구의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시(두 눈으로 하나의 사물을 보는 것)에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) '안구의 뚜렷한 조절기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) '시야가 좁아진 때'라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
9) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
10) 외상이나 화상 등으로 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
11) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)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) 두귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB: decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
3) '심한 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 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2 미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

1) '코의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 또는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니와 아랫니의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
   ① 양순음/입술소리(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
   ② 치조음/잇몸소리(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
   ③ 구개음/입천장소리(ㄱ, ㅈ, ㅊ)
   ④ 후두음/목구멍소리(ㅇ, ㅎ)
6) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상에 따른 실어증도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절(깨짐, 부러짐)된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 후유장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 의치의 결손은 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 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
   ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   ③ 지름 5cm 이상의 조직함몰
   ④ 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
   ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
   ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
   ③ 지름 2cm 이상의 조직함몰
   ④ 코의 1/4 이상 결손
2) 머리
   ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
   ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(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	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일한 부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1, 2목뼈) 사이에 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 추간판을 2마디 이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회 이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) '체간골'이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일한 부위로 한다.
2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에게 정상분만에 지장을 줄 정도로 골반의 변형이 남은 상태
② 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) '빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

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.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해는 장해보상을 하지 않는다.
3) '팔'이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) '영구적 신체장해 평가지침'의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) '기능을 완전히 잃었을 때'라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 '0등급(Zero)'인 경우
   나) '심한 장해'라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 '1등급(Trace)'인 경우
   다) '뚜렷한 장해'라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   라) '약간의 장해'라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) '가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해는 장해보상을 하지 않는다.
3) '다리'라 함은 엉덩이관절(股關節)부터 발목관절까지를 말한다.
4) '다리의 3대 관절'이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 하지의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) '영구적 신체장해 평가지침'의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) '기능을 완전히 잃었을 때'라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 '0등급(Zero)'인 경우
   나) '심한 장해'라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 '1등급(Trace)'인 경우
   다) '뚜렷한 장해'라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) '약간의 장해'라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) '가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골 내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상인 쪽 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.
    다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 스캐노그램(scanogram)으로 다리의 단축 정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은

60% 한도로 한다.

2) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 한손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.

3) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.

4) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼛조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.

5) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 가능영역으로 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

1) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.

2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.

3) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때

를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 발가락의 생리적 운동영역이 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신(굽히고 펴기)기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장이나 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 '〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 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 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 가해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

① '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.

② 위 ①의 경우 '〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다.
그러나 6개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 위의 정신행동장해지급률에 미치지 않는 장해는 '〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입고 나서 24개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 다만, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 상해를 입고 나서 18개월이 지난 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 전문적 치료를 충분히 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 전문의가 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신건강의학과나 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정이나 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신건강의학과나 신경정신과 전문의가 아닌 자가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 사람)은 생명유지를 위한 동작과 행동이 불가능하거나 지속적으로 감금해야 하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① '치매'라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 위의 기질성 장해로 파괴되어 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

① '간질'이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

② '심한 간질 발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ '뚜렷한 간질 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ '약간의 간질 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ '중증발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한

다.

⑥ '경증발작'이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도	지급률(%)
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태	40
	- 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태	30
	- 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태	20
	- 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는(절뚝거리는) 상태, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태	10
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태	20
	- 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태	15
	- 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	20
	- 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	15
	- 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10
	- 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태	5
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태	10
	- 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태	5
	- 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태	3
옷입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태	10
	- 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태	5
	- 착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태	3

【별표2】 5대골절 분류표

약관에 규정하는 5대골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

대상골절	분류번호
1. 머리의 으깸손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0, S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 약관에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표3】 골절(치아파절제외) 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

대상골절	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체 부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 약관에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표4】 화상 분류표

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

대상화상	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 고관절 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체 표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체 표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타장애	L59

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 약관에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표5】 중대한 특정상해 분류표

약관에 규정하는 특정상해로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류번호
뇌손상	두개내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
	복부내 기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표6】 자동차사고 부상등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법 시행령 제3조 제1항 제2호와 관련되며 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

부상등급	상해내용
1급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다) 2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해 5. 척주 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해 6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절 7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절 8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 9. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해(주관절부 이단을 포함한다) 10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다) 14. 화상 · 좌창 · 괴사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해 15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해
	3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해 4. 신장 파열로 수술한 상해 5. 척주 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해 6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 할로베스트나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 8. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해 11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절 12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다) 6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을

부상 등급	상해내용
	시행한 상해 7. 내부 장기 손상으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해(장간막 파열을 포함한다) 8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해 9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해(주관절부 이단을 포함한다) 11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다) 14. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해 18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 각막 이식술을 시행한 상해 3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다) 5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다) 6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행한 상해(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다) 8. 상완골 경부 골절

부상 등급	상해내용
	9. 상완골 간부 분쇄성 골절 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절로 수술을 시행한 상해(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다) 11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해 18. 골반환이 안정적인 골반골 골절로 수술을 시행한 상해(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다) 19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해 20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해 22. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 거골 또는 종골 골절 24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에

부상등급	상해내용
	적용한다) 2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해 3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해 4. 안정성 추체 골절 5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 상완골 간부 골절 7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 9. 요골 경상돌기 골절 10. 요골 원위부 관절내 골절 11. 수근 주상골 골절 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절 18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 슬개골 골절 21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다) 24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다)

부상등급	상해내용
	25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 사지 근 또는 건 파열로 6개 이상의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 심장 타박 5. 폐좌상(일측 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다) 6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해 7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해 8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해 9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해 10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해 11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해

부상 등급	상해내용
	12. 상완골 대결절 견열 골절 13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다) 14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해 17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절 18. 요골 경부 골절 19. 척골 주두부 골절 20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구 22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해 25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해 26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개 28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 30. 사지 근 또는 건 파열로 3 ~ 5개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절 2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해 3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해

부상 등급	상해내용
	4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골 골절 6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다) 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 척골 경상돌기 기저부 골절 11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 요수근관절 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 13. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 14. 주상골 외 수근골 골절 15. 수근부 주상골 · 월상골간 인대 파열 16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 중수골 골절 18. 중수수지관절의 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 20. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절 23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절 25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해

부상등급	상해내용
8급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절 3. 외상성 시신경병증 4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해 5. 복합 고막 파열 6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해 7. 3개 이상의 다발성 늑골 골절 8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절 9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절. 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 중수골 골절 13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구 14. 다발성 수지골 골절 15. 무지 중수지관절 측부인대 파열 16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해 25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 늑골골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 흉골 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요수근관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 수지관절 탈구 12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절 16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 수족지 신전건 1개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해 18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3cm 이상 안면부 열상 2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해

부상 등급	상해내용
	3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 하지 3대 관절의 혈관절증 8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	1. 뇌진탕 2. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행하지 않는 상해 3. 수지골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애 2. 3cm 미만 안면부 열상 3. 척추 염좌 4. 사지 관절의 근 또는 건의 단순 염좌 5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 사지 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 열상으로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 늑골 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 수족지 관절 염좌 3. 사지의 단순 타박 4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

영역별 세부지침

영역	내용
공통	가. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해부터 하위 3등급(예: 상해내용이 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상(이하 "병급"이라 한다)한다. 나. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 각각의 상해 등급별 금액을 배상하되, 그 합산액이 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 배상한다. 다. 1개의 상해에서 2개 이상의 상향 또는 하향 조정의 요인이 있을 때 등급 상향 또는 하향 조정은 1회만 큰 폭의 조정을 적용한다. 다만, 상향 조정 요인과 하향 조정 요인이 여러 개가 함께 있을 때에는 큰 폭의 상향 또는 큰 폭의 하향 조정 요인을 각각 선택하여 함께 반영한다. 라. 재해 발생 시 만 13세 미만인 사람은 소아로 인정한다. 마. 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술, 유경 피판술, 원거리 피판술, 국소 피판술이나 피부 이식술을 시행할 경우 안면부는 1등급 상위등급을 적용하고, 수부, 족부에 국한된 손상에 대해서는 한 등급 아래의 등급을 적용한다.

영역	내용
두부	가. "뇌손상"이란 국소성 뇌손상인 외상성 두개강안의 출혈(경막상 · 하 출혈, 뇌실 내 및 뇌실질 내 출혈, 거미막하 출혈 등을 말한다) 또는 경막하 수활액낭종, 거미막 낭종, 두개골 골절(두개 기저부 골절을 포함한다) 등과 미만성 축삭손상을 포함한 뇌좌상을 말한다. 나. 4급 이하에서 의식 외에 뇌신경 손상이나 국소성 신경학적 이상 소견이 있는 경우 한 등급을 상향조정할 수 있다. 다. 신경학적 증상은 글라스고우 혼수척도(Glasgow coma scale)로 구분하며, 고도는 8점 이하, 중등도는 9~12점, 경도는 13~15점을 말한다. 라. 글라스고우 혼수척도는 진정치료 전에 평가하는 것을 원칙으로 한다. 마. 글라스고우 혼수척도 평가 시 의식이 있는 상태에서 기관지 삽관이 필요한 경우는 제외한다. 바. 의무기록 상 의식상태가 혼수(coma)와 반혼수(semicoma)는 고도, 혼미(stupor)는 중등도, 기면(drowsy)은 경도로 본다. 사. 두피 좌상, 열창은 14급으로 본다. 아. 만성 경막하 혈종으로 수술을 시행한 경우에는 6급 2호를 적용한다. 자. 외상 후 급성 스트레스 장애는 다른 진단이 전혀 없이 단독 상병으로 외상 후 1개월 이내 발병된 경우에 적용한다.
흉 · 복부	심장타박(6급)의 경우, ①심전도에서 Tachyarrythmia 또는 ST변화 또는 부정맥, ②심초음파에서 심낭액증가소견이 있거나 심장벽운동저하, ③심장효소치증가(CPK-MB, and Troponin T)의 세가지 요구 충족 시 인정한다.
척추	가. 완전 마비는 근력등급 3 이하인 경우이며, 불완전 마비는 근력등급 4인 경우로 정한다. 나. 척추관 협착증이나 추간판 탈출증이 외상으로 증상이 발생한 경우나 악화된 경우는 9급으로 본다. 다. 척주 손상으로 인하여 신경근증 이나 감각이상을 호소하는 경우는 9급으로 본다. 라. 마미증후군은 척수손상으로 본다.

영역		내용
상 · 하지	공통	가. 2급부터 11급까지의 내용 중 사지 골절에서 별도로 상해 등급이 규정되지 않은 경우, 보존적 치료를 시행한 골절은 해당 등급에서 2급 낮은 등급을 적용하며, 도수 정복 및 경피적 핀고정술을 시행한 경우에는 해당 등급에서 1급 낮은 등급을 적용한다. 나. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절 또는 탈구에서 거스틸로 2형 이상(개방창의 길이가 1cm 이상인 경우를 말한다)의 개방성 골절 또는 탈구에서만 1등급 상위 등급을 적용한다. 다. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 "수술적 치료를 시행하지 않은"이라고 명기되지 않은 각 등급 손상 내용은 수술적 치료를 시행한 경우를 말하며, 보존적 치료를 시행한 경우가 따로 명시되지 않은 경우는 두 등급 하향 조정함을 원칙으로 한다. 라. 양측 또는 단측을 별도로 규정한 경우에는 병합하지 않으나, 별도 규정이 없는 양측 손상인 경우에는 병합한다. 마. 골절에 주요 말초신경의 손상 동반 시 해당 골절보다 1등급 상위 등급을 적용한다. 바. 재접합술을 시행한 절단소실의 경우 해당부위의 절단보다 2급 높은 등급을 적용한다. 사. 아절단은 완전 절단에 준한다. 아. 관절 이단의 경우는 상위부 절단으로 본다. 자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다. 차. 사지 근 또는 건의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근 또는 건의 단순 염좌(12급)로 본다. 카. 사지 관절의 인공관절 재치환 시 해당 부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다. 타. 보존적으로 치료한 사지 주요관절 골절 및 탈구는 해당관절의 골절 및 탈구보다 3등급 낮은 등급을 적용한다. 파. 수술을 시행한 사지 주요 관절 탈구는 해당 관절의 보존적으로 치료한 탈구보다 2등급 높은 등급을 적용한다. 하. 동일 관절 혹은 동일 골의 손상은 병합하지 않으며 상위 등급을

영역	내용
	적용한다. 거. 분쇄 골절을 형성하는 골절선은 선상 골절이 아닌 골절선으로 판단한다. 너. 수족지 절단 시 절단부위에 따른 차이는 두지 않는다.
상지	가. 상부관절순 파열은 외상성 파열만 인정한다. 나. 회전근개 파열 개수에 따른 차등을 두지 않는다. 다. "근, 건, 인대 파열"이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다. 라. 사지골 골절 중 상해등급에서 별도로 명시하지 않은 사지골 골절(견열골절을 포함한다)은 제불완전골절로 본다. 다만, 관혈적 정복술을 시행한 경우는 해당 부위 골절 항에 적용한다. 마. 사지골 골절 시 시행한 외고정술도 수술을 한 것으로 본다. 바. 소아의 경우, 성인의 동일 부위 골절보다 1급 낮게 적용한다. 다만, 성장판 손상이 동반된 경우와 연부조직 손상은 성인과 동일한 등급을 적용한다. 사. 6급의 견관절 탈구에서 재발성 탈구를 초래할 수 있는 해부학적 병변이 병발된 경우는 수술 여부에 상관없이 6급을 적용한다. 아. 견봉 쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉 쇄골간 인대 파열은 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열에 포함되고, 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열로 수술한 경우 7급을 적용하며, 부분 파열로 보존적 치료를 시행한 경우 9급을 적용하고, 단순 염좌의 경우 12급을 적용한다. 자. 주요 동맥 또는 정맥 파열로 봉합술을 시행한 상해의 경우, 주요 동맥 또는 정맥이란 수술을 통한 혈행의 확보가 의학적으로 필요한 경우를 말하며, "다발성 혈관 손상"이란 2부위 이상의 주요 동맥 또는 정맥의 손상을 말한다.
하지	가. 양측 치골지 골절, 치골 상하지 골절 등에서는 병급하지 않는다. 나. 천골 골절, 미골 골절은 골반골 골절로 본다. 다. 슬관절 십자인대 파열은 전후방 십자인대의 동시 파열이 별도로 규정되어 있으므로 병급하지 않으나 내외측 측부인대 동시 파열,

영역	내용
	십자인대와 측부인대 파열, 반월상 연골판 파열 등은 병급한다. 라. 후경골건 및 전경골건 파열은 족관절 측부인대 파열로 수술을 시행한 경우의 등급으로 본다. 마. 대퇴골 또는 경비골의 견열성 골절의 경우, 동일 관절의 인대 손상에 대하여 수술적 치료를 시행한 경우는 인대 손상 등급으로 본다. 바. 경골 후과의 단독 골절 시 족관절 내과 또는 외과의 골절로 본다. 사. 고관절이란 대퇴골두와 골반골의 비구를 포함하며, "골절 탈구"란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다. 아. 불안정성 골반 골절은 골반환을 이루는 골간의 골절 탈구를 포함한다. 자. "하지의 3대 관절"이란 고관절, 슬관절, 족관절을 말한다. 차. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열은 인대 복원수술을 시행하거나 완전 파열에 준하는 파열에 적용한다. 카. 골반환이 안정적인 골반골의 수술을 시행한 골절은 치골 골절로 수술한 경우 등을 포함한다.

【별표7】 11대특정암 분류표

약관에 규정하는 11대특정암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계의 기타부분의 악성신생물	
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
7. 담낭의 악성신생물	C23
8. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
9. 기관의 악성신생물	C33
10. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
11. 소장의 악성신생물	C17

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표8-1】 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에 규정하는 암(유사암 제외)으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45~C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성신생물	C60~C63
10. 요로의 악성신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C69~C72
12. 부신의 악성신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
16. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【별표8-2】 기타피부암 및 갑상선암 분류표

약관에 규정하는 기타피부암 및 갑상선암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 기타 피부의 악성신생물	C44
2. 갑상선의 악성신생물	C73

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표9】 제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표10】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표11】 생식기관련암 분류표

약관에 규정하는 생식기관련암은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
남성	음경의 악성신생물	C60
	전립선의 악성신생물	C61
	고환의 악성신생물	C62
	기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성신생물	C63
여성	외음의 악성신생물	C51
	질의 악성신생물	C52
	자궁경부의 악성신생물	C53
	자궁체부의 악성신생물	C54
	자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
	난소의 악성신생물	C56
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성신생물	C57
	태반의 악성신생물	C58

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표12】 고액치료비암 분류표

약관에 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계의 기타부분의 악성신생물	C70~C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표13】 병기구분 불가암 분류표

약관에 규정하는 병기구분 불가암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
상세불명의 인두의 악성신생물	C14.0
발다이어고리의 악성신생물	C14.2
입술, 구강 및 인두의 중복병변의 악성신생물	C14.8
담도의 중복병변의 악성신생물	C24.8
상세불명의 담도의 악성신생물	C24.9
상세불명 부분의 장관의 악성신생물	C26.0
비장의 악성신생물	C26.1
소화계통의 중복병변의 악성신생물	C26.8
소화계통내의 불명확한 부위의 악성신생물	C26.9
중이의 악성신생물	C30.1
전두동의 악성신생물	C31.2
접형골동의 악성신생물	C31.3
부비동의 중복병변의 악성신생물	C31.8
상세불명의 부비동의 악성신생물	C31.9
심장의 악성신생물	C38.0
전종격의 악성신생물	C38.1
후종격의 악성신생물	C38.2
상세불명 부분의 종격의 악성신생물	C38.3
흉막의 악성신생물	C38.4
심장, 종격 및 흉막의 중복병변의 악성신생물	C38.8
머리, 얼굴 및 목의 말초신경의 악성신생물	C47.0
어깨를 포함한 팔의 말초신경의 악성신생물	C47.1
엉덩이를 포함한 하지의 말초신경의 악성신생물	C47.2
흉부의 말초신경의 악성신생물	C47.3
복부의 말초신경의 악성신생물	C47.4
골반의 말초신경의 악성신생물	C47.5
상세불명의 몸통의 말초신경의 악성신생물	C47.6
말초신경 및 자율신경계통의 중복병변의 악성신생물	C47.8
상세불명의 말초 신경 및 자율 신경계통의 악성신생물	C47.9
머리, 얼굴 및 목의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.0
어깨를 포함한 팔의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.1
엉덩이를 포함한 다리의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.2
흉부의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.3
복부의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.4
골반의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.5
상세불명의 몸통의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.6
결합조직 및 연조직의 중복병변의 악성 신생물	C49.8
상세불명의 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49.9
넓은인대의 악성 신생물	C57.1
원인대의 악성 신생물	C57.2
자궁주위조직의 악성신생물	C57.3
상세불명의 자궁부속기의 악성신생물	C57.4
기타 명시된 여성생식기관의 악성신생물	C57.7
여성생식기관의 중복병변의 악성신생물	C57.8
상세불명의 여성생식기관 의 악성신생물	C57.9
부고환의 악성신생물	C63.0
정삭의 악성신생물	C63.1
기타 명시된 남성생식기관의 악성신생물	C63.7
남성생식기관의 중복병변의 악성신생물	C63.8
상세불명의 남성생식기관의 악성신생물	C63.9
요도주위샘의 악성신생물	C68.1
비뇨기관의 중복병변의 악성신생물	C68.8
상세불명의 비뇨기관의 악성신생물	C68.9
각막의 악성신생물	C69.1
망막의 악성신생물	C69.2
맥락막의 악성신생물	C69.3

대상질병	분류번호
섬모체의 악성신생물	C69.4
눈물샘 및 눈물관의 악성신생물	C69.5
안와의 악성신생물	C69.6
눈 및 부속기의 중복병변의 악성신생물	C69.8
상세불명의 눈의 악성신생물	C69.9
부갑상선의 악성신생물	C75.0
뇌하수체의 악성신생물	C75.1
두개인두관의 악성신생물	C75.2
송과선의 악성신생물	C75.3
경동맥소체의 악성신생물	C75.4
대동맥소체 및 기타 부신경절의 악성신생물	C75.5
상세불명의 다선성 침범의 악성신생물	C75.8
상세불명의 내분비선의 악성신생물	C75.9
머리, 얼굴 및 목의 악성신생물	C76.0
흉부의 악성 신생물	C76.1
복부의 악성 신생물	C76.2
골반의 악성 신생물	C76.3
팔의 악성 신생물	C76.4
다리의 악성 신생물	C76.5
기타 불명확한 부위의 악성 신생물	C76.7
기타 및 불명확한 부위의 중복병변의 악성 신생물	C76.8
독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
진성 적혈구증가증	D45
골수형성이상증후군	D46
고리철적모구가 없는 불응성 빈혈	D46.0
고리철적모구가 있는 불응성 빈혈	D46.1
모세포과잉의 불응성 빈혈	D46.2
상세불명의 불응성 빈혈	D46.4
다세포계 형성이상을 동반한 불응성 빈혈	D46.5
고립성 5q 결실 염색체이상을 동반한 골수형성이상증후군	D46.6
기타 골수형성이상증후군	D46.7
상세불명의 골수형성이상증후군	D46.9
본태성(출혈성) 혈소판증가증	D47.3
골수섬유증	D47.4

상기 질병이외의 [단계별암진단비 3.(“암”의 정의 및 진단확정) 5의 각호]에서 정한 방법에 의하여 병기구분이 안되는 암이 있는 경우, 그 암도 포함하는 것으로 합니다.

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표14】 특정암 분류표

약관에 규정하는 특정암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
2. 기관의 악성신생물	C33
3. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
4. 흉선의 악성신생물	C37
5. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C39
6. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
7. 중피종	C45
8. 카포시육종	C46
9. 후복막 및 복막의 악성신생물	C48
10. 수막의 악성신생물	C70
11. 뇌의 악성신생물	C71
12. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
13. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
14. 만성 골수증식 질환	D47.1
15. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표15】 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표16】 뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표17】 뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 지주막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표18】 비파열대뇌동맥류 분류표

약관에 규정하는 비파열대뇌동맥류로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
파열되지 않은 대뇌동맥류	I67.1

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표19】 양성뇌종양(경계성종양 제외) 분류표

약관에 규정하는 양성뇌종양(경계성종양 제외)으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 수막의 양성신생물	D32
2. 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성 신생물	D35.3
5. 송과선의 양성 신생물	D35.4

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표20】 허혈심장질환 분류표

약관에 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속 심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표21】 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표22】 만성당뇨합병증 분류표

약관에 규정하는 만성당뇨합병증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류번호
1형 당뇨병	신장 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.2
	눈 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.3
	신경학적 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.4
	순환계 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.5
2형 당뇨병	신장 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.2
	눈 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.3
	신경학적 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.4
	순환계 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.5
영양실조-관련 당뇨병	신장 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.2
	눈 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.3
	신경학적 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.4
	순환계 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.5
기타 명시된 당뇨병	신장 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.2
	눈 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.3
	신경학적 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.4
	순환계 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.5
상세불명의 당뇨병	신장 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.2
	눈 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.3
	신경학적 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.4
	순환계 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.5
기타 당뇨병성 합병증	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표23】 말기폐질환 분류표

약관에 규정하는 말기폐질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 인플루엔자 및 폐렴	J09~J18
[B25.0† : 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)]	B25.0†
[B05.2† : 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)]	B05.2†
[B01.2† : 수두폐렴(J17.1*)]	B01.2†
[B58.3† : 폐톡소포자충증(J17.3*)]	B58.3†
2. 기타 급성 하기도 감염	J20~J22
3. 만성 하부호흡기 질환	J40~J47
4. 외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
5. 주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80~J84
6. 하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
7. 흉막의 기타 질환	J90~J94
8. 호흡계통의 기타 질환	J95~J99
[M05.1† : 류마티스폐질환(J99.0*)]	M05.1†

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표24】 결핵 분류표

약관에 규정하는 결핵은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류코드
세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기결핵	A16
신경계통의 결핵	A17
기타 기관의 결핵	A18
[M01.1* : 결핵관절염(A18.01†)]	M01.1*
[M49.0* : 척추의 결핵(A18.00†)]	M49.0*
[M90.0* : 뼈의 결핵(A18.02†)]	M90.0*
[N33.0* : 결핵성 방광염(A18.11†)]	N33.0*
[N74.0* : 자궁경부의 결핵감염(A18.15†)]	N74.0*
[N74.1* : 여성 결핵성 골반염증질환(A18.16†)]	N74.1*
[K67.3* : 결핵성 복막염(A18.30†)]	K67.3*
[K93.0* : 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*)]	K93.0*
좁쌀 결핵	A19
결핵과 연관된 진폐증	J65
다약제내성결핵	U84.30
광범위약제내성결핵	U84.31

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표25】 약제내성결핵(슈퍼결핵 포함) 분류표

약관에 규정하는 약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류코드
다약제내성결핵	U84.30
광범위약제내성결핵	U84.31

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표26】 여성만성질병 분류표

약관에 규정하는 여성만성질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 골다공증	
·병적 골절을 동반한 골다공증	M80
·병적 골절이 없는 골다공증	M81
·달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
·골연속성의 장애	M84
2. 관절염	
·화농성 관절염	M00
·달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염	M01
·반응성 관절병증	M02
·달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증	M03
·혈청검사 양성 류마티스 관절염	M05
[J99.0* : 류마티스폐질환(M05.1†)]	J99.0*
·기타 류마티스 관절염	M06
·건선성 및 장병성 관절병증	M07
·연소성 관절염	M08
·달리 분류된 질환에서의 연소성 관절염	M09
·통풍	M10
·기타 결정관절병증	M11
·기타 특정 관절병증	M12
·기타 관절염	M13
·달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증	M14
·다발관절증	M15
·고관절증	M16
·무릎관절증	M17

대상질병	분류번호
·제1수근중수관절의 관절증	M18
·기타 관절증	M19
·손가락 및 발가락의 후천변형	M20
·사지의 기타 후천변형	M21
·무릎뼈의 장애	M22
·무릎의 내부 장애	M23
·기타 특정 관절 장애	M24
·달리 분류되지 않은 기타 관절 장애	M25

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표27】 부인과질병 분류표

약관에 규정하는 부인과질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 제자리 신생물	
· 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
· 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
· 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
· 제자리흑색종	D03
· 피부의 제자리암종	D04
· 유방의 제자리암종	D05
· 자궁경부의 제자리암종	D06
· 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
· 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09
2. 양성신생물	
· 양성신생물	D10~D36
· 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37~D44, D47.0, D47.2 D47.7, D47.9 D48
3. 유방의 장애	
· 양성 유방 형성이상	N60
· 유방의 염증성 장애	N61
· 유방의 비대	N62
· 유방의 상세불명의 덩이	N63
· 유방의 기타 장애	N64

대상질병	분류번호
4. 여성 골반내 기관의 염증성 질환	
· 난관염 및 난소염	N70
· 자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
· 자궁경부의 염증성 질환	N72
· 기타 여성골반염증질환	N73
· 달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애	N74
[A18.15† : 자궁경부의 결핵(N74.0*)]	A18.15†
[A18.16† : 결핵성 여성골반염증질환(N74.1*)]	A18.16†
· 바르톨린선의 질환	N75
· 질 및 외음부의 기타 염증	N76
· 달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77
5. 여성 생식기관의 비염증성 장애 (습관유산자 제외) (여성 불임 제외) (인공수정과 관련된 합병증 제외)	
· 자궁내막증	N80
· 여성 생식기 탈출	N81
· 여성 생식관을 침범한 누공	N82
· 난소, 난관 및 넓은 인대의 비염증성 장애	N83
· 여성 생식관의 폴립	N84
· 자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
· 자궁경부의 미란 및 외반	N86
· 자궁경부의 이형성	N87
· 자궁경부의 기타 비염증성 장애	N88
· 질의 기타 비염증성 장애	N89
· 외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
· 무월경, 소량 및 희발 월경	N91
· 과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
· 기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
· 여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
· 폐경 및 기타 폐경전후 장애	N95

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표28】 여성생식기암 분류표

약관에 규정하는 자궁적출수술비의 여성생식기암 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
여성생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
여성생식기관의 제자리암종	
자궁경부의 제자리암종	D06
자궁내막의 제자리암종	D07.0
외음의 제자리암종	.1
질의 제자리암종	.2
기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 제자리암종	.3

제8차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표29】 자궁적출수술의 분류표

약관에 규정하는 자궁적출수술비의 자궁적출수술이란 국제의료행위 분류표(ICD.9)에 의한 수술 및 처치 코드에 해당하는 수술을 말합니다.

자궁적출수술(hysterectomy,ICD-9-CM 수술코드 기준)

대상이 되는 수술	ICD-9-CM Procedure
복식 부분자궁적출술(Subtotal abdominal hysterectomy)	68.3
복식 전자궁적출술(Total abdominal hysterectomy)	68.4
질식 전자궁적출술(Vaginal hysterectomy)	68.5
복식 근치자궁적출술(Radical abdominal hysterectomy)	68.6
질식 근치자궁적출술(Radical vaginal hysterectomy)	68.7
골반 장기적출술(Pelvic evisceration)	68.8
기타 및 상세불명 자궁적출술(Other and unspecified hysterectomy)	68.9

【별표30】 유방암으로 인한 유방수술 분류표

유방암으로 인한 유방수술이란 유방의 악성신생물(C50)로 인한 유방수술로서 국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)에 의한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다. (국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)이 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다.)

대상수술	수술 및 처치 코드
1. 유방절개	85.0
2. 유방의 진단적 처치	85.1
3. 유방조직의 절제 또는 파괴	85.2
4. 축소 유방성형 및 피부밑 유방절제	85.3
5. 유방절제	85.4
6. 확대 유방성형	85.5
7. 유방 고정	85.6
8. 유방의 전체 재건	85.7
9. 유방의 기타 복구 및 성형	85.8
10. 유방의 기타 수술	85.9

“유방암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병사인분류 중 유방의 악성신생물(C50)에 해당하는 질병을 말합니다.
제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 추가로 “유방의 악성신생물”에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표31】 남성특정비뇨기계질환 분류표

약관에 규정하는 남성특정비뇨기계질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류번호
사구체 질환	급성 신염 증후군	N00
	급속 진행성 신염 증후군	N01
	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	만성 신염 증후군	N03
	신 증후군	N04
	상세불명의 신염 증후군	N05
	명시된 형태학적 병변를 동반한 고립된 단백뇨	N06
	달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
	달리 분류된 질환에서의 사구체 장애	N08
세뇨관-간질 질환	급성 세뇨관-간질신장염	N10
	만성 세뇨관-간질신장염	N11
	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
	기타 신세뇨관-간질 질환	N15
	달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질 장애	N16
신부전	급성 신부전	N17
	만성 신장병	N18
	상세불명의 신부전	N19
신장 및 요관의 기타 장애	세뇨관 기능 손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장 위축	N26
	원인미상의 작은 신장	N27

구분	대상이 되는 질병	분류번호
	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
비뇨계통의 기타 질환	방광염	N30
	달리 분류되지 않은 방광의 신경근육 기능 장애	N31
	방광의 기타 장애	N32
	달리 분류된 질환에서의 방광 장애	N33
	달리 분류된 질환에서의 요도 장애	N37
	비뇨기계통의 기타 장애	N39
남성 생식기관의 질환	음낭수종 및 정액류	N43
	고환의 염전	N44
	고환염 및 부고환염	N45
	달리 분류되지 않은 남성 생식기관의 염증성 장애	N49
	남성 생식기관의 기타 장애	N50
	달리 분류된 질환에서의 남성 생식기관의 장애	N51
	[A59.01† : 편모충성 전립선염(N51.0*)]	A59.01†
	[A18.13† : 전립선의 결핵(N51.0*)]	A18.13†
	[A18.14† : 기타 남성생식기관의 결핵(N51.-*)]	A18.14†
	[B26.0† : 볼거리고환염(N51.1*)]	B26.0†

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표32】 희귀난치성질환 분류표

약관에 규정하는 희귀난치성질환은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
결핵	A15~A19
[M01.1* : 결핵관절염(A18.01†)]	M01.1*
[M49.0* : 척추의 결핵(A18.00†)]	M49.0*
[M90.0* : 뼈의 결핵(A18.02†)]	M90.0*
[N33.0* : 결핵성 방광염(A18.11†)]	N33.0*
[N74.0* : 자궁경부의 결핵감염(A18.15†)]	N74.0*
[N74.1* : 여성 결핵성 골반염증질환(A18.16†)]	N74.1*
[K67.3* : 결핵성 복막염(A18.30†)]	K67.3*
[K93.0* : 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*)]	K93.0*
중추신경계통의 비정형바이러스감염	A81
인체면역결핍바이러스병	B20~B24
거대세포바이러스병	B25
크립토콕쿠스증	B45
뇌하수체의 양성신생물	D35.2
포도당6인 산탈수소효소[G6PD] 결핍에 의한 빈혈	D55.0
해당 효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2
지중해빈혈	D56
용혈-요독증후군	D59.3
발작성 야간헤모글로빈뇨	D59.5
후천성 순수적혈구 무형성[적모구감소]	D60
기타무형성빈혈	D61
선천성 적혈구조혈이상빈혈	D64.4
유전성 제8인자 결핍	D66

대상이 되는 질병	분류번호
유전성 제9인자 결핍	D67
폰빌레브란트병	D68.0
유전성 제11인자 결핍	D68.1
기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2
정성적 혈소판결손	D69.1
에반스 증후군	D69.30
상세불명의 혈소판감소증	D69.6
무과립구증	D70
다형핵호중구의 기능장애	D71
림프세망 및 세망조직구 조직의 참여를 동반한 기타 명시된 질환	D76
항체결손이 현저한 면역결핍	D80
복합 면역결핍	D81
기타 주요 결손과 관련된 면역결핍	D82
공통가변성 면역결핍	D83
기타 면역결핍	D84
사르코이드증	D86
말단거대증 및 뇌하수체거인증	E22.0
고프로락틴혈증	E22.1
뇌하수체 기능저하	E23.0
쿠싱증후군	E24
부신생식기장애	E25
원발성 부신피질부전	E27.1
애디슨발증	E27.2
기타 및 상세불명의 부신피질부전	E27.4
기타 명시된 내분비장애	E34.8
활동성 구루병	E55.0
방향아미노산대사장애	E70
측쇄아미노산 및 지방산 대사장애	E71
아미노산대사의 기타 장애	E72
젖당 불내성	E73

대상이 되는 질병	분류번호
탄수화물대사의 기타장애	E74
스핑고지질대사장애 및 기타 지질축적장애	E75
글라이코사미노글라이칸 대사 장애	E76
당단백질대사장애	E77
레쉬-니한 증후군	E79.1
기타 포르피린증	E80.2
구리 대사장애	E83.0
인대사 및 인산분해효소 장애	E83.3
낭성 섬유증	E84
아밀로이드증	E85
헌팅톤병	G10
유전성 운동실조	G11
척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추 신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13
파킨슨병	G20
진행성 핵상안근마비 [스틸-리차드슨-올스제위스키]	G23.1
리이병	G31.81
다발경화증	G35
기타 전신뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.4
뇌전증지속상태	G41
발작수면 및 허탈발작	G47.4
멜커슨증후군	G51.2
복합부위통증증후군 2형	G56.4
유전성 운동 및 감각 신경병증	G60.0
염증성 다발신경병증	G61
달리 분류된 감염성 및 기생충성질환에서의 다발신경병증	G63.0
중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
근육의 원발성장애	G71
자율신경계통의 기타 장애	G90.8

대상이 되는 질병	분류번호
척수공동증 및 연수공동증	G95.0
연령과 관련된 삼출성 황반변성	H35.31
색소성 망막디스트로피	H35.51
감각성 망막을 주로 침범한 기타 디스트로피	H35.58
원발성 폐동맥 고혈압	I27.0
확장성 심근병증	I42.0
폐색성 비대성 심근병증	I42.1
기타 비대성 심근병증	I42.2
심내막심근(호산구성)병	I42.3
심내막탄력섬유증	I42.4
기타 제한성 심근병증	I42.5
모야모야병	I67.5
폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1
유전성 출혈성 모세혈관확장증	I78.0
버드-키아리 증후군	I82.0
폐포 및 벽측폐포 병태	J84.0
섬유증을 동반한 기타 간질성 폐질환	J84.18
크론병 [국소성 장염]	K50
궤양성 결장염	K51
원발성 담즙성 간견병증	K74.3
자가면역성 간염	K75.4
보통 천포창	L10.0
낙엽천포창	L10.2
수포성 유사천포창	L12.0
흉터유사천포창	L12.1
후천성 수포성 표피박리증	L12.3
혈청검사 양성 류마티스관절염	M05
[J99.0* : 류마티스폐질환(M05.1+)]	J99.0*
절단성 관절염	M07.1
건선척추염	M07.2

대상이 되는 질병	분류번호
기타 건선관절병증	M07.3
연소성 류마티스 관절염	M08.0
연소성 강직척추염	M08.1
전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2
(혈청검사 음성인)연소성다발관절염	M08.3
결절성 다발동맥염	M30.0
폐 침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1
연소성 다발동맥염	M30.2
과민성 혈관염	M31.0
혈전성 미세혈관병증	M31.1
치사중간선육아종	M31.2
베게너육아종증	M31.3
대동맥궁증후군[다까야수]	M31.4
현미경적 다발혈관염	M31.7
전신홍반루푸스	M32
피부다발근염	M33
전신경화증	M34
건조증후군[쉐그렌]	M35.0
기타 중복증후군	M35.1
베체트병	M35.2
류마티스성 다발근통	M35.3
미만성(호산구성) 근막염	M35.4
다초점 섬유경화증	M35.5
재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6
과가동성 증후군	M35.7
강직척추염	M45
진행성 골화근염	M61.1
뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
복합부위 통증증후군 1형	M89.0
재발성 다발연골염	M94.1

대상이 되는 질병	분류번호
만성 신장병	N18
신장성 요붕증	N25.1
신생아의 호흡곤란	P22

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표33】 특정 3대 성인질병 분류표

약관에 규정하는 특정 3대 성인질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류기호
간질환	1. 바이러스 간염	B15~B19
	2. 간의 질환	K70~K77
	[B25.1† : 거대세포바이러스간염(K77.0*)]	B25.1†
	[B58.1† : 톡소포자충간염(K77.0*)]	B58.1†
특정 심장질환	3. 고혈압성 심장병	I11
	4. 고혈압성 심장 및 신장병	I13
	5. 급성심근경색증	I21
	6. 협심증	I20
특정 뇌질환	7. 지주막하 출혈	I60
	8. 뇌내출혈	I61
	9. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	10. 뇌경색증	I63
	11. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	12. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	13. 고혈압성 뇌병증	I67.4

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표34】 인후질환 분류표

약관에 규정하는 인후질환은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상질병	분류코드
편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
편도주위 농양	J36
만성 후두염 및 후두기관염	J37
달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환	J38
상기도의 기타 질환	J39

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표35】 탈장질환 분류표

약관에 규정하는 탈장질환은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상질병	분류코드
사타구니탈장	K40
대퇴탈장	K41
배꼽탈장	K42
복벽탈장	K43
횡격막탈장	K44
기타 복벽탈장	K45
상세불명의 복벽탈장	K46

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표36】 담석·담도질환 분류표

약관에 규정하는 담도·담석질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류코드
담석증	K80
담낭염	K81
담낭의 기타질환	K82
담도의 기타질환	K83

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표37】 21대질병 분류표

약관에 규정하는 21대질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류기호
당뇨병 질환	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조-관련 당뇨병	E12
	기타 명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	[A39.5† : 수막구균성 심장병 등((I32.0*,I39.8*,I41.0*,I52.0*)]	A39.5†
고혈압 질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증	H35.02

대상질병		분류기호
뇌혈관질환	뇌혈관질환	I60~I69
간 질 환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	[B25.1† : 거대세포바이러스간염(K77.0*)]	B25.1†
	[B58.1† : 톡소포자충간염(K77.0*)]	B58.1†
위·십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명부위의 소화성궤양	K27
갑 상 선 질 환	갑상선의 장애	E00~E07
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
	방사선조사후 갑상선기능저하증	
	수술후 갑상선기능저하증	
동맥경화증	죽상경화증	I70
만 성 하부호흡기 질 환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속 상태	J46
폐 렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	[B25.0† : 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)]	B25.0†
	[B05.2† : 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)]	B05.2†

대상질병		분류기호
	[B01.2† : 수두폐렴(J17.1*)]	B01.2†
	[B58.3† : 폐톡소포자충증(J17.3*)]	B58.3†
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
관 절 염	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발관절병증	M05~M14
	[J99.0* : 류마티스폐질환(M05.1†)]	J99.0*
	관절증	M15~M19
	기타 관절장애	M20~M25
백 내 장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
녹 내 장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
결 핵	결핵	A15~A19
	[M01.1* : 결핵관절염(A18.01†)]	M01.1*
	[M49.0* : 척추의 결핵(A18.00†)]	M49.0*
	[M90.0* : 뼈의 결핵(A18.02†)]	M90.0*
	[N33.0* : 결핵성 방광염(A18.11†)]	N33.0*
	[N74.0* : 자궁경부의 결핵감염(A18.15†)]	N74.0*
	[N74.1* : 여성 결핵성 골반염증질환(A18.16†)]	N74.1*
	[K67.3* : 결핵성 복막염(A18.30†)]	K67.3*
	[K93.0* : 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*)]	K93.0*
	결핵의 후유증	B90

대상질병		분류기호
신 부 전	신부전	N17~N19
생식기질환	남성 생식기관의 질환	N40~N45, N47~N51
	[A59.01† : 편모충성 전립선염(N51.0*)]	A59.01†
	[A18.13† : 전립선의 결핵(N51.0*)]	A18.13†
	[A18.14† : 기타 남성생식기관의 결핵(N51.-*)]	A18.14†
	[B26.0† : 볼거리고환염(N51.1*)]	B26.0†
	여성 골반내 기관의 염증성 질환	N70~N77
	[A18.15† : 자궁경부의 결핵(N74.0*)]	A18.15†
	[A18.16† : 결핵성 여성골반염증질환(N74.1*)]	A18.16†
	여성 생식기관 비염증성 장애 (습관유산자 제외) (여성 불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외)	N80~N95
	달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99
담석증	담석증	K80
사타구니 탈장	사타구니탈장	K40
편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
축농증	만성 부비동염	J32
치핵	포함 - 치질 제외 - 합병증: 출산 및 산후기(O87.2), 임신(O22.4)	K64

당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음
(자세한 내용은「한국표준질병사인분류」를 참고)
제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표38】 16대질병 분류표

약관에 규정하는 16대질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류기호
당뇨병 질환	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조-관련 당뇨병	E12
	기타 명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	[A39.5† : 수막구균성 심장병 등((I32.0*,I39.8*,I41.0*,I52.0*)]	A39.5†
고혈압 질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증	H35.02
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	[B25.1† : 거대세포바이러스간염(K77.0*)]	B25.1†
	[B58.1† : 톡소포자충간염(K77.0*)]	B58.1†
위·십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명부위의 소화성궤양	K27
갑상선 질환	갑상선의 장애	E00~E07
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
	방사선조사후 갑상선기능저하증	
	수술후 갑상선기능저하증	
동맥경화증	죽상경화증	I70
만성 하부호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속 상태	J46
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	[B25.0† : 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)]	B25.0†

대상질병		분류기호
	[B05.2† : 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)]	B05.2†
	[B01.2† : 수두폐렴(J17.1*)]	B01.2†
	[B58.3† : 폐톡소포자충증(J17.3*)]	B58.3†
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
관절염	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발관절병증	M05~M14
	[J99.0* : 류마티스폐질환(M05.1†)]	J99.0*
	관절증	M15~M19
	기타 관절장애	M20~M25
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
결핵	결핵	A15~A19
	[M01.1* : 결핵관절염(A18.01†)]	M01.1*
	[M49.0* : 척추의 결핵(A18.00†)]	M49.0*
	[M90.0* : 뼈의 결핵(A18.02†)]	M90.0*
	[N33.0* : 결핵성 방광염(A18.11†)]	N33.0*
	[N74.0* : 자궁경부의 결핵감염(A18.15†)]	N74.0*
	[N74.1* : 여성 결핵성 골반염증질환(A18.16†)]	N74.1*
	[K67.3* : 결핵성 복막염(A18.30†)]	K67.3*
	[K93.0* : 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*)]	K93.0*
	결핵의 후유증	B90

대상질병		분류기호
신부전	신부전	N17~N19
생식기질환	남성 생식기관의 질환	N40~N45, N47~N51
	[A59.01† : 편모충성 전립선염(N51.0*)]	A59.01†
	[A18.13† : 전립선의 결핵(N51.0*)]	A18.13†
	[A18.14† : 기타 남성생식기관의 결핵(N51.-*)]	A18.14†
	[B26.0† : 볼거리고환염(N51.1*)]	B26.0†
	여성 골반내 기관의 염증성 질환	N70~N77
	[A18.15† : 자궁경부의 결핵(N74.0*)]	A18.15†
	[A18.16† : 결핵성 여성골반염증질환(N74.1*)]	A18.16†
	여성 생식기관 비염증성 장애 (습관유산자 제외) (여성 불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외)	N80~N95
	달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99

당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음
(자세한 내용은「한국표준질병사인분류」를 참고)
제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표39】 시청각질환 분류표

약관에 규정하는 시청각질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류코드
1. 눈꺼풀, 눈물계통 및 안와의 장애	H00 - H06
2. 결막의 장애	H10 - H13
3. 공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	H15 - H22
4. 수정체의 장애	H25 - H28
5. 맥락막 및 망막의 장애	H30 - H36
6. 녹내장	H40 - H42
7. 유리체 및 안구의 장애	H43 - H45
8. 시신경 및 시각로의 장애	H46 - H48
9. 안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애	H49 - H52
10. 시각 장애 및 실명	H53 - H54
11. 눈 및 눈부속기의 기타 장애	H55 - H59
12. 외이의 질환	H60 - H62
13. 중이 및 유돌의 질환	H65 - H75
14. 내이의 질환	H80 - H83
15. 귀의 기타 장애	H90 - H95

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표40】 누적외상성질환(VDT증후군) 분류표

약관에 규정하는 누적외상성질환(VDT증후군)으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류코드
근육 장애	M60 ~ M63
윤활막 및 힘줄 장애	M65 ~ M68
결합조직의 기타 전신 침범	M35
기타 연조직 장애	M70 ~ M79
기타 관절연골 장애, 인대장애	M24.1 , M24.2
관절통, 달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.5 , M25.6
경추상완증후군	M53.1
팔의 단일신경병증	G56

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표41】 후각특정질환 분류표

약관에 규정하는 후각특정질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 혈관운동성 및 앨러지성 비염	J30
2. 만성비염, 비인두염 및 인두염	J31
3. 만성부비동염	J32
4. 코폴립	J33
5. 코 및 비동의 기타장애	J34

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표42】 호흡기관련질병 분류표

약관에 규정하는 호흡기관련질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 급성 상기도감염	J00 ~ J06
2. 상기도의 상세불명 질환	J39.9
3. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
4. 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
5. 상세불명의 만성 기관지염	J42
6. 천식, 천식지속 상태	J45, J46
7. 폐렴	J12 ~ J18
[B25.0† : 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)]	B25.0†
[B05.2† : 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)]	B05.2†
[B01.2† : 수두폐렴(J17.1*)]	B01.2†
[B58.3† : 폐톡소포자충증(J17.3*)]	B58.3†
8. 재향군인병	A48.1
9. 폐렴이 합병된 홍역	B05.2

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표43】 충수염(맹장염) 분류표

약관에 규정하는 충수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
급성 충수염	K35
기타 충수염	K36
상세불명의 충수염	K37
충수의 기타 질환	K38

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표44】 식중독 분류표

약관에 규정하는 식중독으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장 감염	A04
4. 달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장 질환	A07
7. 바이러스성 및 기타 명시된 장 감염	A08
8. 해산물로 섭취한 유해물질의 독성효과	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독성효과	T62

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표45】 개호유발특정질병 분류표

약관에 규정하는 개호유발특정질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류번호
중추신경계통 비정형 바이러스감염	크로이츠펠트-야콥병	A81.0
기타 명시된 내분비 장애	조로증	E34.8
신경계통의 질환	헌팅톤병 조기발병 소뇌성 운동실조 만기발병 소뇌성 운동실조 운동신경세포병 파킨슨 병 알츠하이머병 중증근무력증	G10 G11.1 G11.2 G12.2 G20 G30 G70.0
뇌출혈	지주막하 출혈 뇌내출혈 기타 비외상성 두개내 출혈	I60 I61 I62
동맥 및 소동맥 질환	죽상경화증	I70
기타 폐질환	기타 만성 폐색성 폐질환	J44
류마티스 관절염	혈청검사 양성 류마티스 관절염 기타 류마티스 관절염	M05 M06
관절증	고관절증 무릎관절증	M16 M17
척추병증	척추 협착 기타 명시된 척추병증	M48.0 M48.8
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표46】 노인성질병 분류표

약관에 규정하는 노인성질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류번호
치매	알츠하이머병에서의 치매	F00
	혈관성 치매	F01
	달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
	상세불명의 치매	F03
	알츠하이머병	G30
파킨슨병	파킨슨 병	G20
	이차성 파킨슨증	G21
	달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22
	기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
뇌혈관 질환	지주막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	기타 뇌혈관 질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표47】 특정전염병 분류표

약관에 규정하는 특정 전염병 대상 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
콜레라	A00
장티푸스	A01.0
파라티푸스	A01.1 - A01.4
상세불명의 시겔라증	A03.9
장 출혈성 대장균 감염	A04.3
페스트	A20
파상풍	A33 - A35
디프테리아	A36
백일해	A37
급성 회색질척수염	A80
일본뇌염	A83.0
홍역	B05
풍진	B06
볼거리	B26
탄저병	A22
브루셀라병	A23
렙토스피라병	A27
성홍열	A38
수막구균 수막염	A39.0
기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
재향군인병, 비폐렴성 재향군인병(폰티액열)	A48.1 - A48.2
발진티푸스	A75
광견병	A82
신장 증후군을 동반한 출혈열	A98.5
말라리아	B50 - B54

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표48】 정신 및 행동장애 분류표

약관에 규정하는 정신 및 행동장애로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 증상성을 포함하는 기질성 정신장애	F00 ~ F09
2. 조현병, 분열형 및 망상 장애	F20 ~ F29
3. 기분(정동) 장애	F30 ~ F39
4. 신경증적, 스트레스-연관 및 신체형 장애	F40 ~ F48
5. 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동 증후군	F50 ~ F59
6. 성인 인격 및 행동의 장애	F60 ~ F69
7. 정신지체	F70 ~ F79
8. 정신 발달 장애	F80 ~ F89
9. 소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서 장애	F90 ~ F98
10. 상세불명의 정신 장애	F99

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표49】 유방절제수술 분류표

약관에 규정하는 유방절제수술비의 유방절제수술은 국제의료행위 분류표(ICD.9)에 의한 수술 및 처치 코드에 해당하는 수술을 말합니다.

대상수술	수술 및 처치 코드
1. 편측단순유방절제술	85.41
2. 양측단순유방절제술	85.42
3. 편측확대유방절제술	85.43
4. 양측확대유방절제술	85.44
5. 편측근치적유방절제술	85.45
6. 양측근치적유방절제술	85.46
7. 편측확대근치적유방절제술	85.47
8. 양측확대근치적유방절제술	85.48

【별표50】 관절증(엉덩,무릎) 분류표

약관에 규정하는 관절증(엉덩,무릎)으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 고관절증	
양쪽 원발성 고관절증	M16.0
기타 원발성 고관절증	M16.1
형성이상으로 인한 양쪽 고관절증	M16.2
기타 형성이상성 고관절증	M16.3
양쪽 외상후 고관절증	M16.4
기타 외상후 고관절증	M16.5
2. 무릎관절증	
양쪽 원발성 무릎관절증	M17.0
기타 원발성 무릎관절증	M17.1
양쪽 외상후 무릎관절증	M17.2
기타 외상후 무릎관절증	M17.3

※ 엉덩관절증 중 M16.6, M16.7, M16.9 및 무릎관절증 중 M17.4, M17.5, M17.9는 보상하지 않습니다.

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 약관에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표51】 추간판탈출증 분류표

약관에 규정하는 추간판탈출증으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 경추간판장애	M50
2. 기타 추간판장애	M51

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 약관에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표52】 장애인복지법, 장애인복지법 시행령, 장애인복지법 시행규칙

【장애인복지법】[시행 2013.1.27] [법률 제11240호, 2012.1.26, 일부개정]

제2조(장애인의 정의 등)

① "장애인"이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.

② 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다.

1. "신체적 장애"란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다.
2. "정신적 장애"란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.

【장애인복지법 시행령】[시행 2012.8.5] [대통령령 제24020호, 2012.8.3, 타법개정]

제2조(장애인의 종류 및 기준)

① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 [별표 2.1]에서 정한 자를 말한다.

② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다. 〈개정 2008.2.29, 2010.3.15〉

【장애인복지법 시행규칙】[시행 2013.1.27] [보건복지부령 제177호, 2013.1.25, 일부개정]

제2조(장애인의 장애등급 등)

① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애인의 장애등급은 [별표 2.2]과 같다.

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애등급의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다. 〈개정 2008.3.3, 2010.3.19〉

【별표52.1】 장애인의 종류 및 기준(제2조 관련)

1. 지체장애인(肢體障碍人)

가. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람

나. 한 손의 엄지손가락을 지골(指骨 : 손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제1지골 관절 이상의 부위에서 잃은 사람

다. 한 다리를 리스프랑(Lisfranc : 발등뼈와 발목을 이어주는) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람

라. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람

마. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람

바. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람

사. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람

2. 뇌병변장애인(腦病變障碍人)

뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중(腦卒中) 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람

3. 시각장애인(視覺障碍人)

가. 나쁜 눈의 시력(만국식시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람

나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람

다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람

라. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람

4. 청각장애인(聽覺障碍人)

가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람

나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨 이상인 사람

다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람

라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람

5. 언어장애인(言語障碍人)

음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람

6. 지적장애인(知的障碍人)

정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람

7. 신장장애인(腎臟障碍人)

신장의 기능부전(機能不全)으로 인하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받아야 하거나 신장기능의 영속적인 장애로 인하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

8. 심장장애인(心臟障碍人)

심장의 기능부전으로 인한 호흡곤란 등의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

9. 호흡기장애인(呼吸器障碍人)

폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적 기능부전으로 인한 호흡기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

10. 간장애인(肝障碍人)

간의 만성적 기능부전과 그에 따른 합병증 등으로 인한 간기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

11. 안면장애인(顔面障碍人)

안면 부위의 변형이나 기형으로 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람

12. 장루·요루장애인(腸瘻·尿瘻障碍人)

배변기능이나 배뇨기능의 장애로 인하여 장루(腸瘻) 또는 요루(尿瘻)를 시술하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

【별표52.2】 장애인의 장애등급표(제2조 관련)

1. 지체장애인

가. 신체의 일부를 잃은 사람

제1급
1. 두 팔을 손목관절 이상의 부위에서 잃은 사람
2. 두 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제2급
1. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
2. 한 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람
3. 두 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제3급
1. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 모든 손가락을 잃은 사람
3. 두 다리를 쇼파관절(chopart's joint) 이상의 부위에서 잃은 사람
4. 한 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제4급
1. 두 손의 엄지손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람
3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 세 손가락을 잃은 사람
4. 두 다리를 리스프랑관절(Lisfranc: 발등뼈와 발목을 이어주는 관절) 이상의 부위에서 잃은 사람
5. 한 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제5급
1. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 엄지손가락을 중수수지관절 이상의 부위에서 잃은 사람
3. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 세 손가락을 잃은 사람
4. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람

5. 한 다리를 쇼파관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제6급
1. 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람
3. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락을 모두 잃은 사람
4. 한 다리를 리스프랑관절 이상의 부위에서 잃은 사람

나. 관절장애가 있는 사람

제1급
1. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

제2급
1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 각각 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
4. 두 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 각각 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

제3급
1. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 각각 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
3. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
4. 한 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

제4급
1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 한 관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 두 손의 엄지손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
4. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
6. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 각각 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
8. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
9. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
10. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능을 잃은 사람

제5급
1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
3. 두 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
4. 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
6. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

8. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
9. 두 발의 모든 발가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
10. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
11. 한 다리의 발목관절의 기능을 잃은 사람

제6급
1. 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 그리고 다섯째손가락 모두의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
4. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 한 관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
5. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
6. 한 다리의 발목관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

다. 지체기능장애가 있는 사람

제1급
1. 두 팔의 기능을 잃은 사람
2. 두 다리의 기능을 잃은 사람

제2급
1. 한 팔의 기능을 잃은 사람
2. 두 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 두 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람
4. 두 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 경추와 흉요추의 기능을 잃은 사람

제3급
1. 두 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 두 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람
3. 한 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람
4. 한 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 다리의 기능을 잃은 사람
6. 경추 또는 흉요추의 기능을 잃은 사람

제4급
1. 두 손의 엄지손가락의 기능을 잃은 사람
2. 한 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람
3. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능을 잃은 사람
4. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 네 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 두 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 경추 또는 흉요추의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

제5급
1. 한 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 두 손의 엄지손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 한 손의 엄지손가락의 기능을 잃은 사람
4. 한 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 한 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 두 발의 모든 발가락의 기능을 잃은 사람
8. 경추 또는 흉요추의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

제6급
1. 한 손의 엄지손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락의 기능을 잃은 사람
3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 두 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
4. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락의 기능을 잃은 사람
5. 경추 또는 흉요추의 기능이 저하된 사람

라. 신체에 변형 등의 장애가 있는 사람

제5급

한 다리가 건강한 다리보다 10센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 10분의 1 이상 짧은 사람

제6급

1. 한 다리가 건강한 다리보다 5센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 15분의 1 이상 짧은 사람
2. 척추측만증이 있으며, 만곡각도가 40도 이상인 사람
3. 척추후만증이 있으며, 만곡각도가 60도 이상인 사람
4. 성장이 멈춘 만 18세 이상의 남성으로서 신장이 145센티미터 이하인 사람
5. 성장이 멈춘 만 16세 이상의 여성으로서 신장이 140센티미터 이하인 사람
6. 연골무형성증으로 왜소증에 대한 증상이 뚜렷한 사람

2. 뇌병변장애인

제1급

보행이 불가능하거나 일상생활동작을 거의 할 수 없어, 도움과 보호가 필요한 사람

제2급

1. 보행이 현저하게 제한되었거나 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람
2. 보행과 일상생활동작이 상당히 제한된 사람

제3급

1. 보행이 상당한 정도 제한되었거나 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
2. 보행이 경중한 정도 제한되고 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람

제4급

1. 보행이 경중한 정도 제한되었거나 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람
2. 보행이 경미하게 제한되고 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람

제5급

1. 보행이 경미하게 제한되었거나 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
2. 보행이 파행(跛行)을 보이고 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람

제6급

보행 시 파행을 보이거나 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람

3. 시각장애인

제1급

좋은 눈의 시력(공인된 시력표에 의하여 측정한 것을 말하며, 굴절이상이 있는 사람에 대하여는 최대 교정시력을 기준으로 한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람

제2급

좋은 눈의 시력이 0.04 이하인 사람

제3급

1. 좋은 눈의 시력이 0.06 이하인 사람
2. 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 5도 이하로 남은 사람

제4급

1. 좋은 눈의 시력이 0.1 이하인 사람
2. 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 10도 이하로 남은 사람

제5급

1. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
2. 두 눈의 시야각도의 합계가 정상시야의 50%이상 감소한 사람

제6급

나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람

4. 청각장애인

가. 청력을 잃은 사람

제2급
두 귀의 청력을 각각 90데시벨(dB) 이상 잃은 사람(두 귀가 완전히 들리지 아니하는 사람)

제3급
두 귀의 청력을 각각 80데시벨(dB) 이상 잃은 사람(귀에 입을 대고 큰소리로 말을 하여도 듣지 못하는 사람)

제4급
1. 두 귀의 청력을 각각 70데시벨(dB) 이상 잃은 사람(귀에 대고 말을 하여야 들을 수 있는 사람)
2. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람

제5급
두 귀의 청력을 각각 60데시벨(dB) 이상 잃은 사람(40센티미터 이상의 거리에서 발성된 말소리를 듣지 못하는 사람)

제6급
한 귀의 청력을 80데시벨(dB) 이상 잃고, 다른 귀의 청력을 40데시벨(dB) 이상 잃은 사람

나. 평형기능에 장애가 있는 사람

제3급
양측 평형기능의 소실로 두 눈을 뜨고 직선으로 10미터 이상을 지속적으로 걸을 수 없는 사람

제4급
양측 평형기능의 소실 또는 감소로 두 눈을 뜨고 10미터를 걸으려면 중간에 균형을 잡기 위하여 멈추어야 하는 사람

제5급
양측 평형기능의 감소로 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나며, 복합적인 신체운동은 어려운 사람

5. 언어장애인

제3급
음성기능이나 언어기능을 잃은 사람

제4급
음성 · 언어만으로는 의사소통을 하기 곤란할 정도로 음성기능이나 언어기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. 지적장애인

제1급
지능지수와 사회성숙지수가 34 이하인 사람으로서 일상생활과 사회생활에 적응하는 것이 현저하게 곤란하여 일생 동안 다른 사람의 보호가 필요한 사람

제2급
지능지수와 사회성숙지수가 35 이상 49 이하인 사람으로서 일상생활의 단순한 행동을 훈련시킬 수 있고, 어느 정도의 감독과 도움을 받으면 복잡하지 아니하고 특수기술이 필요하지 않은 직업을 가질 수 있는 사람

제3급
지능지수와 사회성숙지수가 50 이상 70 이하인 사람으로서 교육을 통한 사회적 · 직업적 재활이 가능한 사람

7. 신장장애인

제2급
만성신부전증으로 인하여 3개월 이상 혈액투석이나 복막투석을 받고 있는 사람

제5급
신장을 이식받은 사람

8. 심장장애인

제1급
심장기능의 장애가 지속되며, 안정 시에도 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 운동능력을 완전히 상실하여 상시적으로 돌보는 사람이 필요한 사람(심장질환을 진단받은 지 1년 이상 지난 사람만 해당한다. 이하 같다)

제2급
심장기능의 장애가 지속되며, 자기 신체 주위의 일은 어느 정도 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 정상적인 일상생활을 해나가기 어려운 사람

제3급
심장기능의 장애가 지속되며, 가정에서의 가벼운 활동은 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 정상적인 사회활동을 해나가기 어려운 사람

제5급
심장을 이식받은 사람

9. 호흡기장애인

제1급
폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 안정 시에도 산소요법을 받아야 할 정도의 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량)이 정상예측치의 25% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 55㎜Hg 이하인 사람

제2급
폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 집안에서 이동할 때에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량)이 정상예측치의 30% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 60㎜Hg 이하인 사람

제3급
폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 평지에서의 보행에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량)이 정상예측치의 40% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 65㎜Hg 이하인 사람

제5급
폐를 이식받은 사람

10. 간장애인

제1급
만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C이면서 만성 간성뇌증이 있거나 내과적 치료로 조절되지 아니하는 난치성 복수 등의 합병증이 있는 사람

제2급
만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C이면서 간성뇌증 병력이나 자발성 세균성 복막염 등의 병력이 있는 사람

제3급
만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C인 사람

제5급
간을 이식받은 사람

11. 안면장애인

제2급
1. 노출된 안면부의 90% 이상이 변형된 사람
2. 노출된 안면부의 60% 이상이 변형되고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

제3급
1. 노출된 안면부의 75% 이상이 변형된 사람
2. 노출된 안면부의 50% 이상이 변형되고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

제4급
1. 노출된 안면부의 60% 이상이 변형된 사람
2. 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람
3. 노출된 안면부의 45% 이상이 변형되고 코 형태의 1/3 이상이 없어진 사람

제5급
1. 노출된 안면부의 45% 이상이 변형된 사람
2. 코 형태의 1/3 이상이 없어진 사람

12. 장루장애인 및 요루장애인

제2급
1. 요루와 함께 회장루나 상행 또는 횡행 결장루를 가지고 있고, 그 중 하나 이상의 장루(요루를 포함한다. 이하 같다)가 현저히 변형되거나 장루 주변의 피부가 현저히 헐은 사람
2. 고도의 배뇨장애와 함께 회장루나 상행 또는 횡행 결장루를 가지고 있고, 그 중 하나 이상의 장루가 현저히 변형되거나 장루 주변의 피부가 현저히 헐은 사람
3. 장루나 요루를 가지고 있고, 공장 · 회장 · 상행 또는 횡행 결장이 방사선 등에 의하여 손상되어 장루 외의 구멍에서 장(腸) 내용물이 지속적으로 흘러나와 수술 등으로도 치유될 가능성이 없으며, 구멍 주변의 피부가 현저히 헐은 사람

제3급
1. 요루와 함께 회장루나 상행 또는 횡행 결장루를 가지고 있는 사람
2. 요루와 함께 하행 또는 에스 결장루를 가지고 있고, 그 중 하나 이상의 장루가 현저히 변형되거나 장루 주변의 피부가 현저히 헐은 사람
3. 회장루나 상행 또는 횡행 결장루를 가지고 있고, 고도의 배뇨기능장애가 있는 사람
4. 장루나 요루를 가지고 있고, 공장 · 회장 · 상행 또는 횡행 결장이 방사선 등에 의하여 손상되어 장루 외의 구멍에서 장 내용물이 대부분 흘러나오며 수술 등으로도 치유될 가능성이 없는 사람

제4급
1. 요루를 가진 사람
2. 회장루나 상행 또는 횡행 결장루를 가진 사람
3. 하행 또는 에스 결장루를 가지고 있으면서, 배뇨기능장애가 있는 경우 또는 그 중 하나 이상의 장루가 변형되었거나 장루 주변의 피부가 헐어서 장루보조용품을 1일 1회 이상 교체하여야 하거나 장세척을 하여야 하는 사람
4. 장루나 요루를 가지고 있고, 하행 또는 에스 결장이 방사선 등에 의하여 손상되어 장루 외의 구멍에서 장 내용물이 지속적으로 흘러나오며 수술 등으로도 치유될 가능성이 없는 사람

제5급
하행 또는 에스 결장루를 가지고 있는 사람

13. 중복된 장애의 합산 판정

가. 같은 등급에 둘 이상의 중복장애가 있는 경우에는 1등급 위의 등급으로 한다.
나. 서로 다른 등급에 둘 이상의 중복장애가 있는 경우에는 의료기관의 전문의가 장애의 정도를 고려하여 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 주된 장애등급보다 1등급 위의 등급으로 조정할 수 있다.
다. 다음과 같은 경우는 가목 및 나목에도 불구하고 중복장애로 합산 판정할 수 없다.
1) 지체장애와 뇌병변장애가 중복된 경우
2) 지적장애와 자폐성장애가 중복된 경우
3) 그 밖에 장애부위가 같거나 장애성격이 중복되어 중복장애로 합산하여 판정하는 것이 타당하지 않은 경우로서 보건복지부장관이 정하는 경우

【별표53】 보건복지부(장애등급 판정기준) 중 장애판정 시기

장애유형	장애판정 시기
지체·시각·청각·언어·지적·안면 장애	장애의 원인 질환 등에 관하여 충분히 치료하여 장애가 고착되었을 때 등록하며, 그 기준시기는 원인 질환 또는 부상 등의 발생후 또는 수술후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후로 한다(지체절단, 척추고정술, 안구적출, 청력기관의 결손, 후두전적출술, 선천적 지적장애 등 장애상태의 고착이 명백한 경우는 예외로 한다).
뇌병변 장애	뇌성마비, 뇌졸중, 뇌손상 등과 기타 뇌병변(예, 파킨슨병 등)이 있는 경우는 발병 또는 외상 후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후에 장애 진단을 하여야 한다.
신장 장애	3개월 이상 지속적으로 혈액투석 또는 복막투석치료를 받고 있는 사람 또는 신장을 이식받은 사람
심장 장애	1년 이상의 성실하고, 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었거나 심장을 이식받은 사람
호흡기·간 장애	현재의 상태와 관련한 최초 진단 이후 1년 이상이 경과하고, 최근 2개월 이상의 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었거나 폐 또는 간을 이식받은 사람
장루·요루장애	복원수술이 불가능한 장루(복회음절제술후 에스결장루, 전대장절제술후 시행한 말단형 회장루 등)·요루(요관피부루, 회장도관 등)의 경우에는 장루(요루)조성술 이후 진단이 가능하며, 그 외 복원수술이 가능한 장루(요루)의 경우에는 장루(요루) 조성술 후 1년이 지난 시점

【별표54】 보건복지부(장애등급 판정기준) 중 중복장애 합산시 장애등급 상향조정표

구분	1급	2급	3급	4급	5급	6급
1급	1급	1급	1급	1급	1급	1급
2급	1급	1급	1급	1급	2급	2급
3급	1급	1급	2급	2급	3급	3급
4급	1급	1급	2급	3급	3급	4급
5급	1급	2급	3급	3급	4급	4급
6급	1급	2급	3급	4급	4급	5급

주) 중복장애 합산의 예외

(1) 지체장애와 뇌병변장애는 합산할 수 없다.

※ 뇌병변장애(포괄적 평가)와 지체장애(개별적 평가)가 중복된 경우에는 뇌병변장애 판정기준에 따라 장애정도를 판정한다. 다만, 지체장애가 상위등급이고 뇌병변장애가 경미한 경우는 지체장애로 판정할 수 있다.

(2) 지적장애와 그로 인한 언어장애는 합산할 수 없다.

(3) 장애부위가 동일한 경우는 중복장애 합산 판정을 할 수 없다.

【별표55】 안면·두개골 특정골절 분류표

약관에 규정하는 안면·두개골 특정골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

대상골절명	분류번호
두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 약관에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표56】 골절 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

대상골절명	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체 부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 약관에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표57】 탈구, 관절 및 인접근육의 염좌 및 과긴장 분류표

약관에 규정하는 탈구, 관절 및 인접근육의 염좌 및 과긴장은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
머리의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S03
목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13
흉곽의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S23
흉곽부위의 근육 및 힘줄의 손상	S29.0
요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33
견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S43
팔꿈치의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S53
손목 및 손부위에서의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S63
고관절의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S73
대퇴사두근의 근육 및 힘줄의 손상	S76.1
무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S83
아킬레스건힘줄의 손상	S86.0
발목 및 발부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S93
여러 신체부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03
몸통의 상세불명의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	T09.2
팔의 상세불명 부위의 상세불명 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	T11.2
다리의 상세불명 부위의 상세불명 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	T13.2
상세불명의 신체부위의 탈구, 염좌 및 긴장	T14.3
상세불명의 신체부위의 근육 및 힘줄의 손상	T14.6
외상성 근육허혈	T79.6

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 약관에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표58】 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」 제2조 제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

※ 응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 증상
나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복만염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함). 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18%이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상

가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절, 외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
라. 출혈 : 혈관손상
마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다.)
바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가필요한 증상
사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

▸ 관련법령이 변경되는 경우 변경된 법률을 적용합니다.

【별표59】 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서

1. 도로교통법 제5조 (신호 또는 지시에 따른 의무) 의 규정에 의한 신호기 또는 교통정리를 하는 경찰공무원 등의 신호나 통행의 금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시에 위반하여 운전한 경우
2. 도로교통법 제13조 (차마의 통행) 제3항의 규정을 위반하여 중앙선을 침범하거나 동법 제62조 (횡단 등의 금지)의 규정에 위반하여 횡단·유턴 또는 후진한 경우
3. 도로교통법 제17조 (자동차 등의 속도) 제1항 또는 제2항의 규정에 의한 제한속도를 매시 20킬로미터를 초과하여 운전한 경우
4. 도로교통법 제19조 (앞지르기 방법등) 제1항 제22조 (앞지르기 금지의 시기 및 장소) 내지 제23조 (끼어들기의 금지) 또는 제60조 (갓길통행금지 등) 제2항의 규정에 의한 앞지르기의 방법, 시기, 장소 또는 끼어들기의 금지에 위반하여 운전한 경우
5. 도로교통법 제24조 (철길건널목 통과)의 규정에 의한 건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제27조 (보행자의 보호) 제1항의 규정에 의한 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지) 제1항, 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차 등의 운전)의 규정에 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지중에 있거나 운전의 금지중에 있는 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 않은 것으로 본다.
8. 도로교통법 제44조(주취중의 운전금지) 제1항의 규정에 위반하여 주취중에 운전을 하거나 동법 제42조(과로한 때 등의 운전금지)의 규정에 위반하여 약물의 영향으로 정상한 운전을 하지 못할 염려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 도로교통법 제13조 (차마의 통행) 제1항의 규정에 위반하여 보도가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 동법 제12조 (차마의 통행) 제2항의 규정에 의한 보도횡단방법에 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제39조 (승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항의 규정에 의한 승객의 추락방지 의무를 위반하여 운전한 경우
11. 도로교통법 제12조 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해에 이르게 한 경우

상기 외 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

【별표60-1】 소송목적의 값에 따른 변호사비용

소송목적의 값	변호사보수액 한도
1,000만원까지	소송목적의 값 x 8%
1,000만원 초과~2,000만원까지	80만원 + (소송목적의 값 - 1,000만원) x 7%
2,000만원 초과~3,000만원까지	150만원 + (소송목적의 값 - 2,000만원) x 6%
3,000만원 초과~5,000만원까지	210만원 + (소송목적의 값 - 3,000만원) x 5%
5,000만원 초과~7,000만원까지	310만원 + (소송목적의 값 - 5,000만원) x 4%
7,000만원 초과~1억원까지	390만원 + (소송목적의 값 - 7,000만원) x 3%
1억원 초과~2억원까지	480만원 + (소송목적의 값 - 1억원) x 2%
2억원 초과~5억원까지	680만원 + (소송목적의 값 - 2억원) x 1%
5억원 초과 ~	980만원 + (소송목적의 값 - 5억원) x 0.5% (단, 1,500만원을 한도로 함)

「변호사보수의소송비용산입에관한규칙」이 변경되는 경우 변경된 내용에 따릅니다.

【별표60-2】 민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액

소송목적의 값	인지액 한도
1천만원 미만	소송목적의 값 x 0.5%
1천만원 ~ 1억미만	5,000원 + 소송목적의 값 x 0.45%
1억 ~ 10억미만	55,000원 + 소송목적의 값 x 0.40%
10억이상	555,000원 + 소송목적의 값 x 0.35%

항소심의 경우 상기한도의 1.5배, 상고심의 경우 2.0배를 적용 합니다.
「민사소송 등 인지법」이 변경되는 경우 변경된 내용에 따릅니다.

【별표60-3】「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 송달료 (민사소송법률비용손해)

심급별	송달료 한도
1심 민사소액/민사단독/민사합의	71,000원 / 106,500원 / 106,500원
항소심/상고심	85,200원 / 56,800원

「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」이 변경되는 경우 변경된 내용에 따릅니다.

【별표61-1】 소송목적의 값에 따른 변호사비용

소송목적의 값	변호사 비용
1,000만원까지	[소송목적의 값 x 8%]
1,000만원 초과~2,000만원까지	[80만원 + (소송목적의 값 -1,000만원) x 7%]
2,000만원 초과~3,000만원까지	[150만원 + (소송목적의 값 - 2,000만원) x 6%]
3,000만원 초과~5,000만원까지	[210만원 + (소송목적의 값 - 3,000만원) x 5%]
5,000만원 초과~7,000만원까지	[310만원 + (소송목적의 값 - 5,000만원) x 4%]
7,000만원 초과~1억원까지	[390만원 + (소송목적의 값 - 7,000만원) x 3%]
1억원 초과~2억원까지	[480만원 + (소송목적의 값 - 1억원) x 2%]
2억원 초과~5억원까지	[680만원 + (소송목적의 값 - 2억원) x 1%]
5억원 초과 ~	[980만원+ (소송목적의 값 - 5억원) x 0.5%] (단, 1,500만원을 한도로 함)

「변호사보수의소송비용산입에관한규칙」이 변경되는 경우 변경된 내용에 따릅니다.

【별표61-2】 민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액

소송목적의 값	인지액 한도
1천만원 미만	소송목적의 값 x 0.5%
1천만원 ~ 1억미만	5,000원 + 소송목적의 값 x 0.45%
1억 ~ 10억미만	55,000원 + 소송목적의 값 x 0.40%
10억이상	555,000원 + 소송목적의 값 x 0.35%

항소심의 경우 상기한도의 1.5배, 상고심의 경우 2.0배를 적용 합니다.
「민사소송 등 인지법」이 변경되는 경우 변경된 내용에 따릅니다.

【별표61-3】「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 송달료 (행정소송법률비용손해)

심급별	송달료 한도
행정1심사건 / 행정1심재정단독사건	71,000원
행정항소사건	71,000원
행정상고사건	56,800원

「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」이 변경되는 경우 변경된 내용에 따릅니다.

【별표62】 특정부위·질병 분류표

1 특정부위

특정부위

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]

특정부위
25. 자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26. 난소 및 난관
27. 고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28. 갑상선
29. 부갑상선
30. 서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31. 피부(두피 및 입술 포함)
32. 경추부(해당신경 포함)
33. 흉추부(해당신경 포함)
34. 요추부(해당신경 포함)
35. 천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36. 왼쪽 어깨
37. 오른쪽 어깨
38. 왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39. 오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40. 왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41. 오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
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)

2 특정질병

특정질병
51. 담석증
52. 요로결석증
53. 연골증, 관절증, 관절염
54. 척추질환
55. 심장질환
56. 뇌혈관질환
57. 고혈압
58. 당뇨병
59. 결핵
60. 암
61. 골반염
62. 자궁내막증
63. 복막의 질환
64. 하지의 정맥류
65. 통풍
66. 골다공증
67. 지질단백대사 장애 및 기타 지질증

【별표63】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
(보험금의 지급사유)의 보험금 및 (계약의 소멸)의 책임준비금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
보통약관 9.(적립환급금의 지급)의 적립환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보통약관 보장부분 보험기간 만기일까지의 기간	공시이율
	보통약관 보장부분 보험기간 만기일의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율의 50%
		1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
보통약관 34.(해지환급금)의 해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 적립환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 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 보통약관 8.(보험금의 지급절차)의 [2], ① 내지 ⑥ 의 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.

약관에서 인용한 법규

[법규1] 개인정보 보호법 (법률 제12844호, 시행일 2014.11.19.) ····· 564

[법규2] 개인정보 보호법 시행령 ····· 565
(대통령령 제26140호, 시행일 2015.03.11.)

[법규3] 국민건강보험법 (법률 제12615호, 시행일 2014.11.21.) ····· 566

[법규4] 노인장기요양보험법 시행령 ····· 566
(대통령령 제25401호, 시행일 2014.07.01.)

[법규5] 도로교통법 (법률 제12917호, 시행일 2015.01.29.) ····· 567

[법규6] 민법 (법률 제12881호, 시행일 2014.12.30.) ····· 567

[법규7] 상법 (법률 제12397호, 시행일 2015.03.12.) ····· 568

[법규8] 성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 ····· 568
(법률 제11556호, 시행일 2013.12.19.)

[법규9] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 ····· 570
(법률 제12844호, 시행일 2014.11.19.)

[법규10] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령 ····· 572
(대통령령 제25945호, 시행일 2014.12.31.)

[법규11] 아동·청소년의 성보호에 관한 법률 ····· 573
(법률 제12361호, 시행일 2014.09.29.)

[법규12] 여객자동차운수사업법 시행령 ····· 574
(대통령령 제26064호, 시행일 2015.01.29.)

[법규13] 응급의료에 관한 법률 (법률 제13106호, 시행일 2015.01.28.) ····· 575

[법규14] 의료급여법 시행령 (대통령령 제25840호, 시행일 2015.01.01.) ····· 575

[법규15] 의료법 (법률 제13108호, 시행일 2015.01.28.) ····· 576

[법규16] 의료법 시행규칙 별표4 ····· 579
(보건복지부령 제283호, 시행일 2015.01.05.)

[법규17] 자동차관리법 시행규칙 ····· 579
(국토교통부령 제172호, 시행일 2015.01.08.)

[법규18] 자동차손해배상보장법 시행령 ····· 581
(대통령령 제25149호, 시행일 2015.02.06.)

[법규19] 장애인복지법 시행령 ····· 582
(대통령령 제25840호, 시행일 2015.01.01.)

[법규20] 장애인복지법 시행규칙 ····· 584
(보건복지부령 제283호, 시행일 2015.01.05.)

[법규21] 전자서명법 (법률 제12762호, 시행일 2014.10.15.) ····· 592

[법규22] 지역보건법 (법률 제13323호, 시행일 2015.11.19.) ····· 592

[법규23] 폭력행위등 처벌에 관한 법률 ····· 592
(법률 제12896호, 시행일 2014.12.30.)

[법규24] 형법 (법률 제12898호, 시행일 2014.12.30.) ····· 593

[법규25] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 ····· 596
(법률 제12844호, 시행일 2014.11.19.)

[법규26] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령 ····· 596
(대통령령 제25448호, 시행일 2014.07.08.)

[법규27] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙 ····· 597
(총리령 제946호, 시행일 2011.01.01.)

※ 위의 법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

【법규1】 개인정보 보호법

제15조(개인정보의 수집·이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보의 수집·이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

제17조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호·제3호 및 제5호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.

제22조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제5항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다.

② 개인정보처리자는 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제23조제1호 및 제24조제1항 제1호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.

③ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다.

④ 개인정보처리자는 정보주체가 제2항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제3항 및 제18조제2항제1호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑤ 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.

⑥ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제5항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의

수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제23조(민감정보의 처리 제한)

개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

【법규2】 개인정보 보호법 시행령

제17조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 법 제22조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 정보주체의 동의를 받아야 한다.

1. 동의 내용이 적힌 서면을 정보주체에게 직접 발급하거나 우편 또는 팩스 등의 방법으로 전달하고, 정보주체가 서명하거나 날인한 동의서를 받는 방법
2. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법
3. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 정보주체에게 인터넷주소 등을 통하여 동의 사항을 확인하도록 한 후 다시 전화를 통하여 그 동의 사항에 대한 동의의 의사표시를 확인하는 방법
4. 인터넷 홈페이지 등에 동의 내용을 게재하고 정보주체가 동의 여부를 표시하도록 하는 방법
5. 동의 내용이 적힌 전자우편을 발송하여 정보주체로부터 동의의 의사표시가 적힌 전자우편을 받는 방법
6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 규정에 따른 방법에 준하는 방법으로 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법

② 개인정보처리자는 법 제22조제5항에 따라 만 제14세 미만 아동의 법정대리인의 동의를 받기 위하여 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있다.

③ 중앙행정기관의 장은 제1항에 따른 동의방법 중 소관 분야의 개인정보처리자별 업무, 업종의 특성 및 정보주체의 수 등을 고려하여 적절한 동의방법에 관한 기준을 법 제12조제2항에 따른 개인정보 보호지침(이하 "개인정보 보호지침"이라 한다)으로 정하여 그 기준에 따라 동의를 받도록 개인정보처리자에게 권장할 수 있다.

【법규3】 국민건강보험법

제42조(요양기관)

① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.
1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.
1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우

④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제2항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.

⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

【법규4】 노인장기요양보험법 시행령

제7조(등급판정기준 등)

① 법 제15조제2항에 따른 등급판정기준은 다음 각 호와 같다. 〈개정 2012.6.21., 2013.5.31., 2014.6.25.〉
1. 장기요양 1등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 95점 이상인 자
2. 장기요양 2등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자
3. 장기요양 3등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자
4. 장기요양 4등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자
5. 장기요양 5등급 : 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다)환자로서 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자

② 제1항에 따른 장기요양인정 점수는 장기요양이 필요한 정도를 나타내는 점수로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 심신의 기능 저하 상태를 측정하는 방법에 따라 산정한다. 〈개정 2008.2.29., 2010.3.15.〉

【법규5】 도로교통법

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.

② 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다. 이하 이 항에서 같다)은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.

③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.

④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

【법규6】 민법

제27조(실종의 선고)

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 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.

제777조(친족의 범위)

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

제755조(감독자의 책임)

① 다른 자에게 손해를 가한 사람이 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 경우에는 그를 감독할 법정의무가 있는 자가 그 손해를 배상할 책임이 있다. 다만, 감독의무를 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

② 감독의무자를 갈음하여 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 사람을 감독하는 자도 제1항의 책임이 있다.

제753조(미성년자의 책임능력)

미성년자가 타인에게 손해를 가한 경우에 그 행위의 책임을 변식할 지능이 없는 때에는 배상의 책임이 없다.

제754조(심신상실자의 책임능력)

심신상실 중에 타인에게 손해를 가한 자는 배상의 책임이 없다. 그러나 고의 또는 과실로 인하여 심신상실을 초래한 때에는 그러하지 아니하다.

【법규7】 상법

제651조(고지위반으로 인한 계약 해지)

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

제657조(보험사고발생의 통지의무)

① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다. 〈신설 1991.12.31.〉

【법규8】 성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법

제2장 성폭력범죄의 처벌 및 절차에 관한 특례

제3조(특수강도강간 등)

① 「형법」 제319조제1항(주거침입), 제330조(야간주거침입절도), 제331조(특수절도) 또는 제342조(미수범. 다만, 제330조 및 제331조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 같은 법 제297조(강간), 제297조의2(유사강간), 제298조(강제추행) 및 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 경우에는 무기징역 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
② 「형법」 제334조(특수강도) 또는 제342조(미수범. 다만, 제334조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 같은 법 제297조(강간), 제297조의2(유사강간), 제298조(강제추행) 및 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 경우에는 사형, 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다

제4조(특수강간 등)

① 흉기나 그 밖의 위험한 물건을 지닌 채 또는 2명 이상이 합동하여 「형법」 제297조(강간)의 죄를 범한 사람은 무기징역 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
② 제1항의 방법으로 「형법」 제298조(강제추행)의 죄를 범한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다.
③ 제1항의 방법으로 「형법」 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 사람은 제1항 또는 제2항의 예에 따라 처벌한다.

제5조(친족관계에 의한 강간 등)

① 친족관계인 사람이 폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 경우에는 7년 이상의 유기징역에 처한다.
② 친족관계인 사람이 폭행 또는 협박으로 사람을 강제추행한 경우에는 5년 이상의 유기징역에 처한다.
③ 친족관계인 사람이 사람에 대하여 「형법」 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 경우에는 제1항 또는 제2항의 예에 따라 처벌한다.
④ 제1항부터 제3항까지의 친족의 범위는 4촌 이내의 혈족·인척과 동거하는 친족으로 한다.

⑤ 제1항부터 제3항까지의 친족은 사실상의 관계에 의한 친족을 포함한다.

제6조(장애인에 대한 강간·강제추행 등)

① 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람에 대하여 「형법」 제297조(강간)의 죄를 범한 사람은 무기징역 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
② 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람에 대하여 폭행이나 협박으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 사람은 5년 이상의 유기징역에 처한다.
1. 구강·항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣는 행위
2. 성기·항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부나 도구를 넣는 행위
③ 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람에 대하여 「형법」 제298조(강제추행)의 죄를 범한 사람은 3년 이상의 유기징역 또는 2천만원 이상 5천만원 이하의 벌금에 처한다.
④ 신체적인 또는 정신적인 장애로 항거불능 또는 항거곤란 상태에 있음을 이용하여 사람을 간음하거나 추행한 사람은 제1항부터 제3항까지의 예에 따라 처벌한다.
⑤ 위계(僞計) 또는 위력(威力)으로써 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람을 간음한 사람은 5년 이상의 유기징역에 처한다.
⑥ 위계 또는 위력으로써 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람을 추행한 사람은 1년 이상의 유기징역 또는 1천만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
⑦ 장애인의 보호, 교육 등을 목적으로 하는 시설의 장 또는 종사자가 보호, 감독의 대상인 장애인에 대하여 제1항부터 제6항까지의 죄를 범한 경우에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제7조(13세 미만의 미성년자에 대한 강간, 강제추행 등)

① 13세 미만의 사람에 대하여 「형법」 제297조(강간)의 죄를 범한 사람은 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
② 13세 미만의 사람에 대하여 폭행이나 협박으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 사람은 7년 이상의 유기징역에 처한다.
1. 구강·항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣는 행위
2. 성기·항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부나 도구를 넣는 행위
③ 13세 미만의 사람에 대하여 「형법」 제298조(강제추행)의 죄를 범한 사람은 5년 이상의 유기징역 또는 3천만원 이상 5천만원 이하의 벌금에 처한다.
④ 13세 미만의 사람에 대하여 「형법」 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 사람은 제1항부터 제3항까지의 예에 따라 처벌한다.
⑤ 위계 또는 위력으로써 13세 미만의 사람을 간음하거나 추행한 사람은 제1항부터 제3항까지의 예에 따라 처벌한다.

제8조(강간 등 상해·치상)

① 제3조제1항, 제4조, 제6조, 제7조 또는 제15조(제3조제1항, 제4조, 제6조 또는 제7조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
② 제5조 또는 제15조(제5조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기징역 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제9조(강간 등 살인·치사)

① 제3조부터 제7조까지, 제15조(제3조부터 제7조까지의 미수범으로 한정한다)의 죄 또는 「형법」 제297조(강간), 제297조의2(유사강간) 및 제298조(강제추행)부터 제300조(미수범)까지의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다.
② 제4조, 제5조 또는 제15조(제4조 또는 제5조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
③ 제6조, 제7조 또는 제15조(제6조 또는 제7조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 사망에 이르게 한 때에는 사형, 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제10조(업무상 위력 등에 의한 추행)

① 업무, 고용이나 그 밖의 관계로 인하여 자기의 보호, 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로 추행한 사람은 2년 이하의 징역 또는 500만원 이하의 벌금에 처한다.
② 법률에 따라 구금된 사람을 감호하는 사람이 그 사람을 추행한 때에는 3년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.

제11조(공중 밀집 장소에서의 추행)

대중교통수단, 공연·집회 장소, 그 밖에 공중(公衆)이 밀집하는 장소에서 사람을 추행한 사람은 1년 이하의 징역 또는 300만원 이하의 벌금에 처한다.

제12조(성적 목적을 위한 공공장소 침입행위)

자기의 성적 욕망을 만족시킬 목적으로 「공중화장실 등에 관한 법률」 제2조제1호부터 제5호까지에 따른 공중화장실 등 및 「공중위생관리법」 제2조제1항제3호에 따른 목욕장업의 목욕장 등 대통령령으로 정하는 공공장소에 침입하거나 같은 장소에서 퇴거의 요구를 받고 응하지 아니하는 사람은 1년 이하의 징역 또는 300만원 이하의 벌금에 처한다.

제13조(통신매체를 이용한 음란행위)

자기 또는 다른 사람의 성적 욕망을 유발하거나 만족시킬 목적으로 전화, 우편, 컴퓨터, 그 밖의 통신매체를 통하여 성적 수치심이나 혐오감을 일으키는 말, 음향, 글, 그림, 영상 또는 물건을 상대방에게 도달하게 한 사람은 2년 이하의 징역 또는 500만원 이하의 벌금에 처한다.

제14조(카메라 등을 이용한 촬영)

① 카메라나 그 밖에 이와 유사한 기능을 갖춘 기계장치를 이용하여 성적 욕망 또는 수치심을 유발할 수 있는 다른 사람의 신체를 그 의사에 반하여 촬영하거나 그 촬영물을 반포·판매·임대·제공 또는 공공연하게 전시·상영한 자는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제1항의 촬영이 촬영 당시에는 촬영대상자의 의사에 반하지 아니하는 경우에도 사후에 그 의사에 반하여 촬영물을 반포·판매·임대·제공 또는 공공연하게 전시·상영한 자는 3년 이하의 징역 또는 500만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 영리를 목적으로 제1항의 촬영물을 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제1호의 정보통신망(이하 "정보통신망"이라 한다)을 이용하여 유포한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

제15조(미수범)

제3조부터 제9조까지 및 제14조의 미수범은 처벌한다

【법규9】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

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.

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 신용정보제공·이용자가 대출, 보증에 관한 정보 등 대통령령으로 정하는 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 개인으로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 미리 동의를 받아야 한다.

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 고지 절차를 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 동의를 받아야 한다. 이 때 개인신용정보를 제공받으려는 자는 해당 개인에게 개인신용정보의 조회 시 신용등급이 하락할 수 있음을 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 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제3항까지를 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 법관에게 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. 그 밖에 다른 법률에 따라 제공하는 경우

⑤ 제4항 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 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 등 이와 유사한 방법을 통하여 공시할 수 있다. 〈개정 2011.5.19〉

⑥ 제4항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.

⑦ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.

⑧ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

제33조(개인신용정보의 이용)

개인신용정보는 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계(고용관계는 제외한다. 이하 같다)의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로만 이용하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 개인이 제32조제1항 각 호의 방식으로 이 조 각 호 외의 부분 본문에서 정한 목적 외의 다른 목적에의 이용에 동의한 경우
2. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
3. 제32조제4항 각 호의 경우
4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

【법규10】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 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. 〈개정 2011.8.17〉
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 따라 해당 개인으로부터 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 법 제32조제1항제3호에 따른 개인비밀번호는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 비밀번호로 한다.
1. 해당 개인이 「여신전문금융업법」 제2조제2호의2에 따른 신용카드업자에게 등록한 비밀번호
2. 개인신용정보를 제3자에게 제공하려는 신용정보제공·이용자로부터 해당 개인 명의의 휴대전화 문자메시지를 통하여 받은 비밀번호
3. 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 개인비밀번호

④ 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다.

⑤ 법 제32조제2항에서 "대통령령으로 정하는 개인신용정보"란 제2조제2항의 개인에 관한 신용정보를 말한다. 다만, 다음 각 호의 신용정보는 제외한다. 〈개정 2011.8.17〉
1. 제2조제1항제3호의 신용정보
2. 제1항제2호에 따른 정보. 다만, 제2조제1항제5호라목에 따른 체납 관련 정보 중 국민건강보험 및 국민연금에 관한 정보는 제외한다.

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 제공받 으려는 자가 해당 개인으로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등 금융위원회가 정하는 방식으로 확인하여야 한다.

⑧ 법 제32조제4항제4호에서 "채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 목적을 말한다. 〈개정 2011.8.17〉
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 목에 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 신용

조회회사로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적

⑨ 법 제32조제5항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 알리는 경우에는 다음 각 호의 구분에 따른다. 이 경우 그 알리는 방법은 서면, 전화(휴대전화 문자메시지를 포함한다), 전자우편 또는 금융위원회가 정하여 고시하는 방법에 따른다. 〈개정 2011.8.17〉

1. 법 제32조제4항제1호부터 제3호까지 및 제8호에 따른 정보를 제공하는 경우: 해당정보를 제공한 날을 기준으로 하여 30일부터 60일까지의 범위에서 금융위원회가 정하여 고시하는 기간 이내에 알릴 것
2. 법 제32조제4항제4호에 따른 정보를 제공받은 경우: 해당 정보를 제공받은 날을 기준으로 하여 30일부터 60일까지의 범위에서 금융위원회가 정하여 고시하는 기간 이내에 알릴 것. 다만, 「채권의 공정한 추심에 관한 법률」 제6조제2항 및 제3항에 따라 채권추심회사가 채권수임사실을 통보하는 경우에는 그 수임사실을 통보한 날부터 30일 이내에 알려야 한다.
3. 법 제32조제4항제5호부터 제7호까지 및 제9호에 따른 정보를 제공하는 경우: 해당 정보를 제공한 날을 기준으로 하여 60일부터 180일까지의 범위에서 금융위원회가 정하여 고시하는 기간 이내에 알릴 것

⑩ 법 제32조제5항 단서에서 "대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다. 이 경우 그 공시방법은 인터넷 홈페이지나 게시판에의 게재 또는 사무실·점포 등에서의 비치·열람 등의 방법에 따른다. 〈신설 2011.8.17〉

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)

⑪ 법 제32조제6항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제5조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다. 〈개정 2011.8.17〉

⑫ 법 제32조제6항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다. 〈개정 2011.8.17.〉

【법규11】 아동·청소년의 성보호에 관한 법률

제7조(아동·청소년에 대한 강간·강제추행 등)

① 폭행 또는 협박으로 아동·청소년을 강간한 사람은 무기징역 또는 5년 이상의 유기징역에 처한다.

② 아동·청소년에 대하여 폭행이나 협박으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 자는 5년 이상의 유기징역에 처한다.

1. 구강·항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣는 행위
2. 성기·항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부나 도구를 넣는 행위

③ 아동·청소년에 대하여 「형법」 제298조의 죄를 범한 자는 2년 이상의 유기징역 또는 1천만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

④ 아동·청소년에 대하여 「형법」 제299조의 죄를 범한 자는 제1항부터 제3항까지의 예에 따른다.

⑤ 위계(僞計) 또는 위력으로써 아동·청소년을 간음하거나 아동·청소년을 추행한 자는 제1항부터 제3항까지의 예에 따른다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 미수범은 처벌한다.

【법규12】 여객자동차운수사업법 시행령

제3조(여객자동차운송사업의 종류)

법 제3조제2항에 따라 여객자동차운송사업은 다음 각 호와 같이 세분한다. 〈개정 2008.11.26, 2009.11.27, 2011.12.8, 2011.12.30, 2012.11.23, 2013.3.23〉

1. 노선 여객자동차운송사업
   가. 시내버스운송사업: 주로 특별시·광역시·특별자치시 또는 시(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제15조제2항에 따른 행정시를 포함한다. 이하 같다)의 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 일반형 등으로 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 가목부터 다목까지의 사업에 속하지 아니하는 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 현금이나 회수권 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 산업단지의 관리기관
   나. 특수여객자동차운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장례에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업
   다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.
   라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접운전(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 고급형 등으로 구분한다.

【법규13】 응급의료에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.
2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.
6. "구급차등"이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다.
7. "응급의료기관등"이란 응급의료기관, 구급차등의 운용자 및 응급의료정보센터를 말한다.
8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다.

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

【법규14】 의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)

① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다. 〈개정 2003.12.30., 2005.7.5., 2013.12.11.〉

1. 삭제 〈2005.7.5.〉
2. 삭제 〈2005.7.5.〉

② 삭제 〈2005.7.5.〉

③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다. 〈개정2008.2.29., 2010.3.15.〉

④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.〈개정 2004.6.29.〉

⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여 대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다. 〈개정 2004.6.29.,2007.2.28., 2008.2.29., 2010.3.15., 2012.6.7., 2014.7.16.〉

1. 1종수급권자 : 2만원
2. 2종수급권자 : 20만원

⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다. 〈개정 2004.6.29., 2007.2.28.,2009.3.31.〉

1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원
2. 2종수급권자 : 매 6개월간 60만원

⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야

하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다. 〈신설 2004.6.29., 2008.2.29.,2010.3.15.〉

【법규15】 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. 〈개정 2009.1.30, 2011.6.7〉

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. 〈개정2009.1.30., 2010.1.18〉

제3조의2(병원등)

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. 〈개정 2011.8.4〉
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.〈개정 2010.1.18〉
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. 〈개정 2010.1.18〉

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다. 〈개정2010.1.18〉

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. 〈개정 2010.1.18〉

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. 〈개정 2010.1.18.〉

제3조의5(전문병원 지정)

① 보건복지부장관은 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다. 〈개정 2010.1.18.〉

② 제1항에 따른 전문병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. 〈개정 2010.1.18.〉
1. 특정 질환별·진료과목별 환자의 구성비율 등이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
2. 보건복지부령으로 정하는 수 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정하는 경우 제2항 각 호의 사항 및 진료의 난이도 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. 〈개정 2010.1.18.〉

④ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관에 대하여 3년마다 제3항에 따른 평가를 실시하여 전문병원으로 재지정할 수 있다. 〈개정 2010.1.18., 2015.1.28.〉

⑤ 보건복지부장관은 제1항 또는 제4항에 따라 지정받거나 재지정받은 전문병원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소하여야 한다. 〈신설 2015.1.28.〉
1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정 또는 재지정을 받은 경우
2. 지정 또는 재지정의 취소를 원하는 경우
3. 제4항에 따른 평가 결과 제2항 각 호의 요건을 갖추지 못한 것으로 확인된 경우

⑥ 보건복지부장관은 제3항 및 제4항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. 〈개정 2010.1.18., 2015.1.28.〉

⑦ 전문병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. 〈개정 2010.1.18., 2015.1.28.〉

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다. 〈개정 2010.1.18., 2012.2.1.〉
1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다. 〈개정 2012.2.1.〉

③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다. 〈신설 2012.2.1.〉

[전문개정 2008.10.14.]
[시행일 : 2017.2.2.] 제5조

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다. 〈개정 2008.2.29., 2010.1.18.〉

② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.

③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다. 〈개정 2008.2.29., 2010.1.18.〉
1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원

④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.

⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.

⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.

⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. 〈개정 2008.2.29., 2010.1.18.〉

【법규16】 의료법 시행규칙 별표4

[별표 4] 〈개정 2013.10.4.〉

의료기관의 시설규격(제34조 관련)

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

【법규17】 자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.[전문개정 2011.12.15]

[별표 1] 〈개정 2014.8.18.〉

자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형	소형	중형	대형
승용 자동차	배기량이 1000cc미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc미만인 것으로서 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc이상 2,000cc미만이거나 길이·너비·높이중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000cc이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승합 자동차	배기량이 1000cc 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 어느 하나라도 소형을 초과하여 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인이상이거나, 길이·너비·높이 모두가 소형을 초과하여 길이가 9미터 이상인 것
화물 자동차	배기량이 1000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤이하인 것으로서, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것

특수 자동차	배기량이 1,000㏄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 260㏄ 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것으로 최대적재량이 60킬로그램 초과 100킬로그램 이하인 것	배기량이 260cc (최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용 자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합	일반형	주목적이 여객운송용인 것
자동차	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 목

의 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.

【법규18】 자동차손해배상보장법 시행령

제2조(건설기계의 범위)

「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다. 〈개정 2014.2.5.〉

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계

가. 트럭지게차

나. 도로보수트럭

다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

[시행일 : 2015.2.6.] 제2조제7호

제3조(책임보험금 등)

① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다. 〈개정 2014.2.5〉

1. 사망한 경우에는 1억원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療酬價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)

가 생긴 경우에는 별표 2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다. 〈개정 2012.8.22〉

1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른 금액의 합산액
3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 1천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다.

【법규19】 장애인복지법 시행령

제2조 (장애인의 종류 및 기준)

① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 자를 말한다.

② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다. 〈개정 2008.2.29., 2010.3.15.〉

[별표 1] 〈개정 2014.6.30〉

장애인의 종류 및 기준(제2조 관련)

1. 지체장애인(肢體障碍人)

가. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람

나. 한 손의 엄지손가락을 지골(指骨 : 손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제1지골 관절 이상의 부위에서 잃은 사람

다. 한 다리를 리스프랑(Lisfranc : 발등뼈와 발목을 이어주는) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람

라. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람

마. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람

바. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람

사. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람

2. 뇌병변장애인(腦病變障碍人)

뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중(腦卒中) 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람

3. 시각장애인(視覺障碍人)

가. 나쁜 눈의 시력(만국식시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하

같다)이 0.02 이하인 사람
나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람
라. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람

4. 청각장애인(聽覺障碍人)

가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람
나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨 이상인 사람
다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람
라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람

5. 언어장애인(言語障碍人)

음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람

6. 지적장애인(知的障碍人)

정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람

7. 자폐성장애인(自閉性障碍人)

소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체표현·자기조절·사회적응 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

8. 정신장애인(精神障碍人)

지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애(情動障碍 : 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

9. 신장장애인(腎臟障碍人)

신장의 기능부전(機能不全)으로 인하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받아야 하거나 신장기능의 영속적인 장애로 인하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

10. 심장장애인(心臟障碍人)

심장의 기능부전으로 인한 호흡곤란 등의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

11. 호흡기장애인(呼吸器障碍人)

폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적 기능부전으로 인한 호흡기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

12. 간장애인(肝障碍人)

간의 만성적 기능부전과 그에 따른 합병증 등으로 인한 간기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

13. 안면장애인(顔面障碍人)

안면 부위의 변형이나 기형으로 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람

14. 장루·요루장애인(腸瘻·尿瘻障碍人)

배변기능이나 배뇨기능의 장애로 인하여 장루(腸瘻) 또는 요루(尿瘻)를 시술하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

15. 뇌전증장애인(腦電症障碍人)

뇌전증에 의한 뇌신경세포의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

【법규20】 장애인복지법 시행규칙

제2조(장애인의 장애등급 등)

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

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애등급의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다. 〈개정 2008.3.3., 2010.3.19〉

[별표 1] 〈개정 2013.4.3.〉

장애인의 장애등급표(제2조 관련)

1. 지체장애인

가. 신체의 일부를 잃은 사람

제1급
1. 두 팔을 손목관절 이상의 부위에서 잃은 사람
2. 두 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제2급
1. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
2. 한 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람
3. 두 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제3급
1. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 모든 손가락을 잃은 사람
3. 두 다리를 쇼파관절(chopart's joint) 이상의 부위에서 잃은 사람
4. 한 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제4급
1. 두 손의 엄지손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람
3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 세 손가락을 잃은 사람
4. 두 다리를 리스프랑관절(Lisfranc: 발등뼈와 발목을 이어주는 관절) 이상의 부위에서 잃은 사람
5. 한 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제5급
1. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 엄지손가락을 중수수지관절 이상의 부위에서 잃은 사람
3. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 세 손가락을 잃은 사람
4. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람
5. 한 다리를 쇼파관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제6급
1. 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람
3. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락을 모두 잃은 사람
4. 한 다리를 리스프랑관절 이상의 부위에서 잃은 사람

나. 관절장애가 있는 사람

제1급
1. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

제2급
1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 각각 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
4. 두 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 각각 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

제3급
1. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 각각 2개관절의 기능에

상당한 장애가 있는 사람
2. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
3. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
4. 한 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

제4급
1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 한 관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 두 손의 엄지손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
4. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
6. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 각각 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
8. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
9. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
10. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능을 잃은 사람

제5급
1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
3. 두 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
4. 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
6. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
8. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
9. 두 발의 모든 발가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
10. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
11. 한 다리의 발목관절의 기능을 잃은 사람

제6급
1. 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 그리고 다섯째손가락 모두의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
4. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 한 관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
5. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
6. 한 다리의 발목관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

다. 지체기능장애가 있는 사람

제1급
1. 두 팔의 기능을 잃은 사람
2. 두 다리의 기능을 잃은 사람

제2급
1. 한 팔의 기능을 잃은 사람
2. 두 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

3. 두 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람
4. 두 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 경추와 흉요추의 기능을 잃은 사람

제3급

1. 두 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 두 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람
3. 한 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람
4. 한 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 다리의 기능을 잃은 사람
6. 경추 또는 흉요추의 기능을 잃은 사람

제4급

1. 두 손의 엄지손가락의 기능을 잃은 사람
2. 한 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람
3. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능을 잃은 사람
4. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 네 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 두 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 경추 또는 흉요추의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

제5급

1. 한 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 두 손의 엄지손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 한 손의 엄지손가락의 기능을 잃은 사람
4. 한 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 한 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 두 발의 모든 발가락의 기능을 잃은 사람
8. 경추 또는 흉요추의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

제6급

1. 한 손의 엄지손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락의 기능을 잃은 사람
3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 두 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
4. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락의 기능을 잃은 사람
5. 경추 또는 흉요추의 기능이 저하된 사람

라. 신체에 변형 등의 장애가 있는 사람

제5급

한 다리가 건강한 다리보다 10센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 10분의 1 이상 짧은 사람

제6급

1. 한 다리가 건강한 다리보다 5센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 15분의 1 이상 짧은 사람
2. 척추측만증이 있으며, 만곡각도가 40도 이상인 사람
3. 척추후만증이 있으며, 만곡각도가 60도 이상인 사람
4. 성장이 멈춘 만 18세 이상의 남성으로서 신장이 145센티미터 이하인 사람
5. 성장이 멈춘 만 16세 이상의 여성으로서 신장이 140센티미터 이하인 사람
6. 연골무형성증으로 왜소증에 대한 증상이 뚜렷한 사람

2. 뇌병변장애인

제1급

보행이 불가능하거나 일상생활동작을 거의 할 수 없어, 도움과 보호가 필요한 사람

제2급

1. 보행이 현저하게 제한되었거나 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람
2. 보행과 일상생활동작이 상당히 제한된 사람

제3급

1. 보행이 상당한 정도 제한되었거나 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
2. 보행이 경중한 정도 제한되고 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람

제4급
1. 보행이 경중한 정도 제한되었거나 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람
2. 보행이 경미하게 제한되고 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람

제5급
1. 보행이 경미하게 제한되었거나 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
2. 보행이 파행(跛行)을 보이고 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람

제6급
보행 시 파행을 보이거나 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람

3. 시각장애인

제1급
좋은 눈의 시력(공인된 시력표에 의하여 측정한 것을 말하며, 굴절이상이 있는 사람에 대하여는 최대 교정시력을 기준으로 한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람

제2급
좋은 눈의 시력이 0.04 이하인 사람

제3급
1. 좋은 눈의 시력이 0.06 이하인 사람
2. 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 5도 이하로 남은 사람

제4급
1. 좋은 눈의 시력이 0.1 이하인 사람
2. 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 10도 이하로 남은 사람

제5급
1. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
2. 두 눈의 시야가 각각 정상시야의 50%이상 감소한 사람

제6급
나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람

4. 청각장애인

가. 청력을 잃은 사람

제2급
두 귀의 청력을 각각 90데시벨(dB) 이상 잃은 사람(두 귀가 완전히 들리지 아니하는 사람)

제3급
두 귀의 청력을 각각 80데시벨(dB) 이상 잃은 사람(귀에 입을 대고 큰소리로 말을 하여도 듣지 못하는 사람)

제4급
1. 두 귀의 청력을 각각 70데시벨(dB) 이상 잃은 사람(귀에 대고 말을 하여야 들을 수 있는 사람)
2. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람

제5급
두 귀의 청력을 각각 60데시벨(dB) 이상 잃은 사람(40센티미터 이상의 거리에서 발성된 말소리를 듣지 못하는 사람)

제6급
한 귀의 청력을 80데시벨(dB) 이상 잃고, 다른 귀의 청력을 40데시벨(dB) 이상 잃은 사람

나. 평형기능에 장애가 있는 사람

제3급
양측 평형기능의 소실로 두 눈을 뜨고 직선으로 10미터 이상을 지속적으로 걸을 수 없는 사람

제4급
양측 평형기능의 소실 또는 감소로 두 눈을 뜨고 10미터를 걸으려면 중간에 균형을 잡기 위하여 멈추어야 하는 사람

제5급
양측 평형기능의 감소로 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나며, 복합적인 신체운동은 어려운 사람

5. 언어장애인

제3급

음성기능이나 언어기능을 잃은 사람

제4급

음성·언어만으로는 의사소통을 하기 곤란할 정도로 음성기능이나 언어기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. 지적장애인

제1급

지능지수가 35 미만인 사람으로서 일상생활과 사회생활에 적응하는 것이 현저하게 곤란하여 일생 동안 다른 사람의 보호가 필요한 사람

제2급

지능지수가 35 이상 50 미만인 사람으로서 일상생활의 단순한 행동을 훈련시킬 수 있고, 어느 정도의 감독과 도움을 받으면 복잡하지 아니하고 특수기술이 필요하지 아니한 직업을 가질 수 있는 사람

제3급

지능지수가 50 이상 70 이하인 사람으로서 교육을 통한 사회적·직업적 재활이 가능한 사람

7. 자폐성장애인

제1급

ICD-10(International Classification of Diseases, 10th Version)의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람

제2급

ICD-10의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람

제3급

제2급과 같은 특징을 가지고 있으나 지능지수가 71 이상이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 해나가기 위하여 간헐적으로 도움이 필요한 사람

8. 정신장애인

제1급

1. 정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이나 사회적 위축과 같은 음성증상이 심하고, 현저한 인격변화가 있으며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람(정신병을 진단받은 지 1년 이상 지난 사람만 해당한다. 이하 같다)
2. 양극성정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 심한 증상기(症狀期)가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람
3. 반복성우울장애로 정신병적 증상이 동반되고, 기분·의욕 및 행동 등에 대한 우울증상이 심한 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람
4. 분열형정동장애로 제1호부터 제3호까지에 준하는 증상이 있는 사람

제2급

1. 정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상과 사회적 위축 등의 음성증상이 있고, 중등도의 인격 변화가 있으며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람
2. 양극성정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람
3. 만성적인 반복성우울장애로 망상 등 정신병적 증상이 동반되고, 기분·의욕 및 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람
4. 만성적인 분열형정동장애로 제1호부터 제3호까지에 준하는 증상이 있는

사람

제3급

1. 정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나, 인격변화나 퇴행은 심하지 아니한 경우로서 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활을 해나가기 위한 기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람
2. 양극성정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 현저하지 아니하지만, 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활을 해나가기 위한 기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람
3. 반복성우울장애로 기분·의욕·행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활을 해나가기 위한 기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람
4. 분열형정동장애로 제1호부터 제3호까지에 준하는 증상이 있는 사람

9. 신장장애인

제2급

만성신부전증으로 인하여 3개월 이상 혈액투석이나 복막투석을 받고 있는 사람

제5급

신장을 이식받은 사람

10. 심장장애인

제1급

심장기능의 장애가 지속되며, 안정 시에도 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 운동능력을 완전히 상실하여 상시적으로 돌보는 사람이 필요한 사람(심장질환을 진단받은 지 1년 이상 지난 사람만 해당한다. 이하 같다)

제2급

심장기능의 장애가 지속되며, 자기 신체 주위의 일은 어느 정도 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 정상적인 일상생활을 해나가기 어려운 사람

제3급

심장기능의 장애가 지속되며, 가정에서의 가벼운 활동은 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 정상적인 사회활동을 해나가기 어려운 사람

제5급

심장을 이식받은 사람

11. 호흡기장애인

제1급

1. 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 안정 시에도 산소요법을 받아야 할 정도의 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 25% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 55㎜Hg 이하인 사람
2. 만성호흡기 질환으로 기관절개관을 유지하고 24시간 인공호흡기로 생활하는 사람

제2급

폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 집안에서 이동할 때에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 30% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 60㎜Hg 이하인 사람

제3급

폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 평지에서의 보행에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 40% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 65㎜Hg 이하인 사람

제5급

1. 폐를 이식받은 사람
2. 늑막루가 있는 사람

12. 간장애인

제1급
만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C이면서 간성뇌증이 있거나 내과적 치료로 조절되지 아니하는 난치성 복수 등의 합병증이 있는 사람

제2급
만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C이면서 과거 2년이내의 간성뇌증 병력 또는 자발성 세균성 복막염 등의 병력이 있는 사람

제3급
1. 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C인 사람
2. 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 B이면서 난치성 복수가 있거나 간성뇌증 등의 합병증이 있는 사람

제5급
간을 이식받은 사람

13. 안면장애인

제2급
1. 노출된 안면부의 90% 이상이 변형된 사람
2. 노출된 안면부의 60% 이상이 변형되고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

제3급
1. 노출된 안면부의 75% 이상이 변형된 사람
2. 노출된 안면부의 50% 이상이 변형되고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

제4급
1. 노출된 안면부의 60% 이상이 변형된 사람
2. 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람
3. 노출된 안면부의 45% 이상이 변형되고 코 형태의 1/3 이상이 없어진 사람

제5급
1. 노출된 안면부의 45% 이상이 변형된 사람
2. 코 형태의 1/3 이상이 없어진 사람

14. 장루장애인 및 요루장애인

제2급
1. 장루와 함께 요루 또는 방광루를 가지고 있으며, 그 중 하나 이상의 루에 합병증으로 장피누공 또는 배뇨기능장애가 있는 사람
2. 장루 또는 요루를 가지고 있으며 합병증으로 장피누공과 배뇨기능장애가 모두 있는 사람
3. 배변을 위한 말단 공장루를 가지고 있는 사람

제3급
1. 장루와 함께 요루 또는 방광루를 가지고 있는 사람
2. 장루 또는 요루를 가지공 있으며, 합병증으로 장피누공 또는 배뇨기능장애가 있는 사람

제4급
1. 장루 또는 요루를 가진 사람
2. 방광루를 가지고 있으며, 합병증으로 장피누공이 있는 사람

제5급
방광루를 가진 사람

15. **간질장애인**

가. 성인 간질

제2급
만성적인 간질에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 8회 이상의 중증발작이 연 6회 이상 있고, 발작을 할 때에 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역질, 인지기능의 장애 등으로 심각한 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 항상 다른 사람의 지속적인 보호와 관리가 필요한 사람

제3급
만성적인 간질에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6회 이상 발작이 있고, 발작을 할 때에 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역질, 인지기능의 장애 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 수시로 보호와 관리가 필요한 사람

제4급
만성적인 간질에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작을 포함하여 연 6회 이상 발작이 있고, 이로 인하여 협조적인 대인관계가 현저히 곤란한 사람

제5급
만성적인 간질에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 3회 이상 있고, 이로 인하여 협조적인 대인관계가 곤란한 사람

나. 소아청소년 간질

제2급
전신발작, 간질성 뇌병증, 근간대성 발작 등으로 심각한 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 항상 다른 사람의 지속적인 보호와 관리가 필요한 사람

제3급
전신발작, 간질성 뇌병증, 근간대성 발작, 부분발작 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 수시로 보호와 관리가 필요한 사람

제4급
전신발작, 간질성 뇌병증, 근간대성 발작, 부분발작 등으로 일상생활 및 사회생활에 보호와 관리가 필요한 사람

16. 중복된 장애의 합산 판정

가. 같은 등급에 둘 이상의 중복장애가 있는 경우에는 1등급 위의 등급으로 한다.

나. 서로 다른 등급에 둘 이상의 중복장애가 있는 경우에는 의료기관의 전문의가 장애의 정도를 고려하여 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 주된 장애등급보다 1등급 위의 등급으로 조정할 수 있다.

다. 다음과 같은 경우는 가목 및 나목에도 불구하고 중복장애로 합산 판정할 수 없다.

1) 동일부위의 지체장애와 뇌병변장애가 중복된 경우
2) 지적장애와 자폐성장애가 중복된 경우
3) 그 밖에 장애부위가 같거나 장애성격이 중복되어 중복장애로 합산하여 판정하는 것이 타당하지 아니한 경우로서 보건복지부장관이 정하는 경우

【법규21】 전자서명법

제2조(정의)

2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 해당 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 해당 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
   가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
   나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
   다. 전자서명이 있은 후에 해당 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
   라. 전자서명이 있은 후에 해당 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

【법규22】 지역보건법

제10조(보건소의 설치)

① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다.
② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제12조(보건의료원)

보건소중 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제13조(보건지소의 설치)

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 대통령령이 정하는 기준에 따라 당해 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

【법규23】 폭력행위등 처벌에 관한 법률

제4조(단체등의 구성·활동)

① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로한 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 자는 다음의 구별에 의하여 처벌한다. 〈개정1990.12.31, 1993.12.10, 2006.3.24〉
   1. 수괴는 사형, 무기 또는 10년이상의 징역에 처한다
   2. 간부는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다
   3. 그외의 자는 2년 이상의 유기징역에 처한다
② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 자가 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 다음 각호의 1의 행위를 한 때에는 그 죄에 대한 형의 장기 및 단기의 2분의 1까지 가중한다. 〈신설1993.12.10, 2006.3.24〉
   1. 「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄중 제136조(公務執行妨害)·제141조(공용서류등의 무효·공용물의 파괴)의 죄, 동법 제24장 살인의 죄중 제250조제1항(殺人)·제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인등)·제253조(위계등에 의한 촉탁살인등)·제255조(豫備, 陰謀)의 죄, 동법 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄중 제314조(業務妨害)·제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄, 동법 제38장 절도와 강도의 죄중 제333조(强盜)·제334조(特殊强盜)·제335조(準强盜)·제336조(略取强盜)·제337조(强盜傷害, 致傷)·제339조(强盜强姦)·제340조제1항(海上强盜) 및 제2항(海上强盜傷害,致傷)·제341조(常習犯)·제343조(豫備, 陰謀)의 죄를 범한 자
   2. 이 법 제2조 또는 제3조의 죄를 범한 자
③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 자는 2년 이상의 유기징역에 처한다. 〈신설 1993.12.10〉
④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 금품을 모집한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다. 〈신설 1993.12.10.〉

【법규24】 형법

제24장 살인의 죄

제250조(살인, 존속살해)

① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다. 〈개정 1995.12.29〉

제251조(영아살해)

직계존속이 치욕을 은폐하기 위하거나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만중 또는 분만직후의 영아를 살해한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인등)

① 사람의 촉탁 또는 승낙을 받어 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 사람을 교사 또는 방조하여 자살하게 한 자도 전항의 형과 같다.

제253조(위계등에 의한 촉탁살인등)

전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제250조의 예에 의한다.

제254조(미수범)

전4조의 미수범은 처벌한다.

제255조(예비, 음모)

제250조와 제253조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

제256조(자격정지의 병과)

제250조, 제252조 또는 제253조의 경우에 유기징역에 처할 때에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제25장 상해와 폭행의 죄

제257조(상해, 존속상해)

① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. 〈개정 1995.12.29〉
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다. 〈개정 1995.12.29〉
③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.

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.

제259조(상해치사)

① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다. 〈개정 1995.12.29〉
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제260조(폭행, 존속폭행)

① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다. 〈개정 1995.12.29〉
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징

역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다. 〈개정 1995.12.29〉
③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. 〈개정 1995.12.29.〉

제261조(특수폭행)

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. 〈개정 1995.12.29.〉

제262조(폭행치사상)

전2조의 죄를 범하여 사람을 사상에 이르게 한때에는 제257조 내지 제259조의 예에 의한다.

제263조(동시범)

독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

제264조(상습범)

상습으로 제257조, 제258조, 제260조 또는 제261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제265조(자격정지의 병과)

제257조제2항, 제258조, 제260조제2항, 제261조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제26장 과실치사상의 죄

제266조(과실치상)

① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다. 〈개정 1995.12.29.〉
② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. 〈개정 1995.12.29.〉

제267조(과실치사)

과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다. 〈개정 1995.12.29〉

제268조(업무상과실·중과실 치사상)

업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. 〈개정 1995.12.29〉

제32장 강간과 추행의 죄

제297조(강간)

폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.〈개정 2012.12.18.〉

제297조의2(유사강간)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

제298조(강제추행)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다. 〈개정 1995.12.29.〉

제299조(준강간, 준강제추행)

사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다. 〈개정 2012.12.18〉

제300조(미수범)

제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다. 〈개정 2012.12.18〉

제301조(강간등 상해·치상)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다. 〈개정 2012.12.18.〉

제301조의2(강간등 살인·치사)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다. 〈개정 2012.12.18.〉

제302조(미성년자등에 대한 간음)

미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제303조(업무상위력등에 의한 간음)

① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 5년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다. 〈개정 1995.12.29, 2012.12.18〉

② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 7년 이하의 징역에 처한다. 〈개정 2012.12.18.〉

제304조(혼인빙자등에 의한 간음)

삭제 〈2012.12.18〉

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)

13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다. 〈개정 1995.12.29., 2012.12.18〉

제305조의2(상습범)

상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다. 〈개정 2012.12.18.〉

제306조(고소)

삭제 〈2012.12.18〉

제38장 절도와 강도의 죄

제339조(강도강간)

강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다. 〈개정 2012.12.18.〉

【법규25】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률

제4조(특수건물 소유자의 손해배상책임) 제 1항

① 특수건물의 소유자는 그 건물의 화재로 인하여 다른 사람이 사망하거나 부상을 입었을 때에는 과실이 없는 경우에도 제8조에 따른 보험금액의 범위에서 그 손해를 배상할 책임이 있다. 「실화책임에 관한 법률」에도 불구하고 특수건물 소유자에게 경과실(輕過失)이 있는 경우에도 또한 같다.

제8조(보험금액)

① 제5조에 따라 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 구분에 따른다.
1. 화재보험: 특수건물의 시가(時價)에 해당하는 금액
2. 신체손해배상책임보험 중 사망의 경우: 피해자 1명당 50만원 이상으로서 대통령령으로 정하는 금액
3. 신체손해배상책임보험 중 부상의 경우: 피해자 1명당 사망자에 대한 보험금액의 범위에서 대통령령으로 정하는 금액

② 제1항제1호에 규정한 시가의 결정에 관한 기준은 총리령으로 정한다.

【법규26】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령

제5조(보험금액)

① 법 제8조제1항제2호 및 제3호의 규정에 의한 보험금액은 다음과 같다. 〈개정 1983.8.18, 1991.9.3, 1997.6.13, 2000.12.30, 2002.12.5〉
1. 사망의 경우에는 8천만원. 다만, 실손해액이 2천만원미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상의 경우에는 별표 1에서 정하는 금액. 다만, 지급보험금은 실손해액을 초과할 수 없다.
3. 부상의 경우 그 치료가 완료된 후 당해 부상이 원인이 되어 신체에 장해(이하 "후유장해"라 한다)가 생긴 때에는 별표2에서 정하는 금액

② 제1항제1호 및 제2호의 규정에 의한 실손해액의 범위는 총리령으로 정한다. 〈개정1994.12.23, 1997.6.13, 1999.7.6, 2008.2.29〉

③ 부상자가 치료중에 사망한 경우에는 제1항제1호 및 제2호의 보험금을 함께 지급한다.

④ 부상한 자에게 후유장해가 생긴 경우에는 제1항제2호 및 제3호의 금액을 함께 지급한다. 〈신설 1991.9.3〉

⑤ 제1항제3호의 금액을 지급한 후 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호의 금액에서 동항제3호의 규정에 의하여 지급한 금액을 공제하고 지급한다. 〈신설1991.9.3〉

제8조(보험금 지급)

① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체없이 이를 지급하여야 한다.

② 손해보험회사는 법 제9조의 규정에 의하여 보험금을 지급한 때에는 지체없이 다음 각호의 사항을 보험계약자에게 통지하여야 한다.
1. 보험금의 지급청구자와 수령자의 주소 및 성명
2. 청구액과 지급액
3. 피해자의 주소 및 성명

【법규27】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙

제2조(실손해액)

① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제5조 제1항제1호에 따른 실손해액은 화재로 인하여 사망한 때의 월급액이나 월실수액 또는 평균임금에 장래의 취업가능 기간을 곱하여 산출한 금액에 남자평균임금의 100일분에 해당하는 장례비를 더한 금액으로 한다.
〈신설 1997.7.10, 2010.12.27〉

② 영 제5조제1항제2호의 규정에 의한 실손해액은 화재로 인하여 신체상에 상해를 입은 경우에 그 상해를 치료함에 소요되는 모든 비용으로 한다.
〈개정 1991.10.21.,1997.7.10.〉

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO