

에이스엑설런트상해보험<> 보통약관

2009.4.1

제1조(보험계약의 성립)

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다.(이하 “보험계약”은 “계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다)
- ② 회사는 계약의 청약을 받고 보험료 전액 또는 제1회 보험료(일정기간 단위의 나눠내는 보험료)를 받은 경우에는 청약일(진단계약의 경우는 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지를 하며 통지가 없으면 승낙한 것으로 봅니다.
- ③ 회사가 청약을 승낙한 때에는 지체없이 보험증권(보험가입증서)를 계약자에게 드리며, 청약을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드립니다.
- ④ 이미 성립한 계약을 연장하거나 변경하는 경우에는 회사는 보험증권(보험가입증서)에 그 사실을 기재하거나 서면으로 알림으로써 보험증권(보험가입증서)을 드리는 것에 대신할 수 있습니다.

제2조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
- ② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음)을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 계약일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험개발원이 공시하는 정기에금이율로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3조(보험료)

- ① 보험료는 다른 약정이 없으면 보험기간이 시작되기 전에 내어야 합니다.
- ② 다른 약정이 없으면 보험기간이 시작된 후라도 보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제4조(회사의 보장의 시기 및 종기)

- ① 회사의 보장은 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하여 마지막날 오후 4시에 끝납니다. 그러나, 보험증권(보험가입증서)에 이와 다른 시각이 기재되어 있을 때에는 그 시각으로 하며, 시각은 보험증권(보험가입증서) 발행지의 표준시를 따릅니다.
- ② 회사가 계약자로부터 계약의 청약과 함께 보험료 상당액의 전부 또는 일부를 받은 경우에 그 청약을 승낙하기 전에 계약에서 정한 보험사고가 생긴 때에는 회사는 계약상의 보장을 합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제1항에서 정한 보장의 시기가 개시되지 아니한 경우
2. 제15조(계약전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
3. 제17조(계약의 해지)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

제5조(청약의 철회)

- ① 가계성 보험(개인의 일상생활과 관련된 보험으로 보험료를 단체 또는 법인이 부담하지 않는 개인보험계약과 단체요율(피보험자(보험대상자)가 단체인 계약에 적용되는 요율)이 적용되지 않는 계약을 말합니다)에 한하여 계약자는 청약을 한 날 또는 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 보험기간이 90일 이내인 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ② 회사는 청약의 철회를 접수한 경우에는 지체 없이 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 보험개발원이 공시하는 정기에금이용률로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제6조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독 증상은 이에 포함되지 아니합니다.

제7조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 계약자나 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 보험수익자(보험금을 받는 자, 이하 “수익자”라 합니다)의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
 3. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
 4. 피보험자(보험대상자)의 질병
 5. 피보험자(보험대상자)의 심신상실 또는 정신질환
 6. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 7. 피보험자(보험대상자)의 사형
 8. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 9. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

10. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

11. 제10호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동

2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다)

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

제8조(사망보험금)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 제6조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 사망하였을 경우에는 사망·후유장해 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.

② 피보험자(보험대상자)가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자(보험대상자)의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자(보험대상자)가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자(보험대상자)의 생존이 확인되었을 때에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제9조(후유장해보험금)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 제6조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 손해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)된 경우에는 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률을 사망·후유장해 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 피보험자(보험대상자)에게 지급합니다. 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 사망·후유장해 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

② 제1항의 후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해 지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합

니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

④ 같은 사고로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 약관의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 위1호 이외에 이 약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

제10조(의료비보험금)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 제6조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입고 그 직접결과로써 의사의 치료를 받은 때에는 1사고당 의료비 보험가입금액을 한도로 피보험자(보험대상자)가 실제로 부담한 의료비 전액을 지급합니다. 그러나 어떠한 경우에도 사고일부터 180일을 한도로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 아니하는 경우(자동차사고, 산업재해보상사고 등을 포함합니다)에는 발생한 의료비 총액의 50% 해당액을 1사고당 의료비 보험가입금액을 한도로 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 아래의 각호에 해당하는 비용은 보험금을 지급하지 아니합니다.

1. 한약재 등의 보신용 투약비용
2. 병실료차액(실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액). 다만, 의사가 치료상 부득이 기준병실보다 입원료가 비싼 병실(이하 “상급병실”이라 함)에 입원하여야 한다고 판단하여 상급병실에 입원한 경우에는 예외로 하며, 병실의 사정으로 부득이 상급병실에 입원하였을 때에는 7일의 범위내에서 예외로 합니다.
3. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용

④ 제1항 또는 제2항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 제1항 또는 제2항의 비용을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 의료비 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료 전 사고일로부터 계속중인 치료에 대한 상해의료비를 180일을 한도로 보상하여 드립니다.

제11조(소득보상금)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 제6조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 일시금으로 피보험자(보험대상자)에게 지급합니다.

지 급 사 유	소 득 보 상 금
100% 후유장해	보험가입금액의 100%
80%이상 100%미만 후유장해	보험가입금액의 70%
50%이상 80%미만 후유장해	보험가입금액의 35%

② 제1항의 소득보상금을 피보험자(보험대상자)가 나누어 지급받고자 요청한 때에는 매년 사고발생 해당일에 보험개발원이 공시하는 정기예금이율을 반영한 금액을 나누어 지급합니다.

③ 50% 이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.

제12조(입원일당)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 제6조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 입원하여 치료를 받은 경우에는 사고일부부터 180일을 한도로 입원 1일에 대하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 일당액을 입원일당으로 지급합니다.

② 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해의 치료를 목적으로 사고일부부터 180일 이내에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료 전 최종사고일로부터 계속 중인 입원기간에 대한 입원일당을 180일을 한도로 제1항 및 제2항의 규정에 따라 보상하여 드립니다.

<용어풀이>

1. 입원

이 보험에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2. 의사

피보험자(보험대상자) 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

제13조(다른 신체상해 또는 질병의 영향)

① 피보험자(보험대상자)가 제6조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체상해 또는 질병의 영향으로 또는 제6조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 상해나 질병의 영향으로 제6조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 때에는 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 금액을 결정하여 지급합니다.

② 정당한 이유없이 피보험자(보험대상자)가 치료를 게을리하거나 또는 계약자나 수익자가 치료를 하여 주지 않음으로 인하여 제6조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우에는 제1항과 같은 방법으로 합니다.

제14조(보험금의 지급한도)

① 회사가 지급하여야 할 사망·후유장해보험금은 보험기간을 통하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 사망·후유장해 보험가입금액을 한도로 합니다.

② 회사가 지급하여야 할 의료비보험금은 1사고마다 보험증권(보험가입증서)에 기재된 의료비 보험가입금액을 한도로 합니다.

③ 회사가 지급하여야 할 소득보상금은 보험기간을 통하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 소득보상금 보험가입금액을 한도로 합니다.

제15조(계약전 알릴 의무)

계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인은 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단서 포함) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 특히 피보험자(보험대상자)에 대하여 상해에 의한 손해를 보상하는 다른 계약을 맺은 경우에는 반드시 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

<용어풀이>

계약전 알릴의무는 상법 제651조에서 정하고 있는 의무로서 보험계약자나 피보험자(보험대상자)는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약이 해지되거나 보험금이 지급되지 않는 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제16조(계약후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 된 경우 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 지급을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 손해에 관해서는 그러하지 아니합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 직업 또는 직무의 변경 사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제3항에 의해 보상됨을 서면으로 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제17조(계약의 해지)

- ① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)를 소지한 경우에만 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 제15조(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
 - 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제16조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ④ 제3항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지

할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 3. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등” 이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 계약전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우
- ⑤ 제3항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다” 라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
- ⑥ 제3항 제2호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우 회사는 그 손해를 제16조(계약후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보상하여 드립니다.
- ⑦ 손해가 제3항에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된 때에는 제5항 및 제6항에 관계없이 보상하여 드립니다.

제18조(피보험자(보험대상자)의 변경)

계약자가 피보험자(보험대상자)를 변경할 수 있는 경우는 다음과 같습니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 이 보험에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하거나 파산, 이민, 또는 이혼 등 불가피한 사유로 계약을 계속 유지시킬 수 없는 경우
2. 계약자가 그와 고용관계에 있는 피보험자(보험대상자)를 해고 또는 교체한 경우

<용어풀이>

고용관계라 함은 피고용인이 고용인에게 노무를 제공하고, 고용인은 그에 대한 보수를 지급하기로 약정한 관계를 말합니다.

제19조(계약의 무효)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우에는 계약을 무효로 합니다. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
- ② 사망을 보험사고로 하는 계약에서 피보험자(보험대상자)가 만15세 미만자, 심신상실자, 심신박약자인 경우 보험계약을 무효로 합니다.

<용어풀이>

심신상실자, 심신박약자는 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력이 없거나 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제20조(보험료의 환급)

- ① 이 계약이 무효, 효력상실 또는 해지된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 보험기간중 보험사고가 발생하여 보험금이 지급된 사실이 있으면 어떠한 경우에도 당해 보험년도(초년도(첫째년도)는 보험기간의 초일(첫째날)부터 1년간, 차년도(둘째년도) 이후는 각각 보험기간의 초일(첫째날) 해당일로부터 1년간을 말합니다)의 보험료는 돌려드리지 아니

합니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실 또는 해지의 경우에는 경과하지 아니한 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료

2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효 또는 효력상실인 경우에는 무효 또는 효력상실의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

제21조(손해의 통지)

① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자는 사고가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

② 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제22조(보험금 청구시 구비서류)

① 계약자, 피보험자(보험대상자)(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서 등)

3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제23조(보험금의 지급)

① 회사는 제22조(보험금 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임손해에 대한 보험금은 10영업일, 재산손해에 대한 보험금은 20영업일 이내에 지급합니다.

<용어풀이>

영업일은 "토요일", "일요일", "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일" 및 "근로자의 날" 을 제외한 날을 의미합니다.

② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유, 지급예정일 및 가지급보험금 청구절차를 피보험자(보험대상자) 또

는 수익자에게 서면통지하여 드립니다.

③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우에는 회사는 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

④ 회사가 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험개발원이 공시하는 정기에금이용률로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 드리지 아니합니다.

⑤ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자는 제17조(계약의 해지)와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금지급 지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제24조(보험금청구권의 상실)

계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자는 아래와 같은 경우에는 손해에 대한 보험금의 청구권을 잃게 됩니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 손해의 통지 또는 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 상당한 이유없이 손해의 조사를 방해 또는 회피한 때에는 그 해당손해

제25조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

<용어풀이>

소멸시효는 주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험사고가 발생한 후 2년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제26조(계약내용의 교환)

회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 보험회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 신용정보의이용및보호에관한법률 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자(보험대상자)의 상해 및 질병에 관한 정보

제27조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원 장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제28조(관할법원)

이 계약에 관한 소송은 계약자, 피보험자(보험대상자)(또는 수익자)가 선택하는 대한민국 법원을 합의에 따른 관할법원으로 합니다.

제29조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제30조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함) 제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제31조(회사의 손해배상책임)

회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여는 관계법규 및 사업방법서에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제32조(예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제33조(준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

에이스엑셀런트상해보험<> 특별약관

신주말상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중 사고발생지의 금요일 오후(12시에 시작하여 24시까지), 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 동안에 보통약관 제6조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 법정공휴일 및 근로자의 날은 사고발생지의 관공서 공휴일에 관한 규정 및 국경일에 관한 법률, 근로자의 날 제정에 관한 법률에서 정한 휴일을 말합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 계약자나 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 보험수익자(보험금을 받는자, 이하 “수익자”라 합니다)의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
 3. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
 4. 피보험자(보험대상자)의 질병
 5. 피보험자(보험대상자)의 심신상실 또는 정신질환
 6. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 7. 피보험자(보험대상자)의 사형
 8. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 9. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 10. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 11. 제10호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
 2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)

또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)

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

제3조(사망보험금)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.

② 피보험자(보험대상자)가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자(보험대상자)의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자(보험대상자)가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자(보험대상자)의 생존이 확인되었을 때에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제4조(후유장해보험금)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)된 경우에는 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 피보험자(보험대상자)에게 지급합니다. 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

② 제1항의 후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해 지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

④ 같은 사고로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일

부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 약관의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애로 장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애
2. 위1호 이외에 이 약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장애

제5조(보험금의 지급한도)

회사가 지급하여야 할 사망·후유장해보험금은 보험기간을 통하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제6조(회사의 보장의 시기와 종기)

회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간내의 금요일 오후(12시에 시작하여 24시까지) 및 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병사망 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 보험기간 중에 사망하거나 또는 그 질병이 치유된 후 직접결과로써 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장애”라 합니다)되어 장애분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장애가 남았을 경우에는 이 특별약관의 사망보험가입금액 전액을 피보험자(보험대상자) 사망시 질병사망보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급하며, 80% 이상 후유장애가 남았을 경우 후유장해보험금으로 피보험자(보험대상자)에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장애로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장애 지급률로 하여 제1항을 적용합니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 그 질병의 진단일(이하 “사고일”이라 합니다)부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장해 지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 후유장해 지급률을 결정합니다.
- ⑤ 동일한 질병으로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제1항의 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항 내지 제6항에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑨ 제8항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’이라 함은 보험계약의 자동갱신에 따라 최초 청약일부터 보험계약의 연속되는 기간이 5년을 지난 것을 말하며 보통약관 제17조(계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑩ 보험료분납특별약관에 따라 보험료를 나누어 내는 계약인 경우 보험료의 납입연체로 인한 계약의 해지후 보험료분납특별약관 제4조(계약의 부활)에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제9항의 최초 청약일로 적용합니다.

제2조(보험나이의 계산)

- ① 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ② 제1항에 따라 계산된 보험나이가 계산착오로 피보험자(보험대상자)의 실제나이와 차이가 있는 경우에 실제나이가 이 보험의 가입나이 범위내일 경우에는 실제 나이에 의하여 계약된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

<보험나이 계산 예시>

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일
 ⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제3조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원의료비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외)으로 인하여 병원 또는 의원(한방의원 또는 한의원 포함)등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 질병이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에서 정한 질병을 말합니다. (다만, 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제2항에서 정하는 보상하지 아니하는 질병은 제외합니다)
- ③ 제1항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항 및 제2항에 따라 보장하여 드립니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’ 이라 함은 보험계약의 자동갱신에 따라 최초 청약일부터 보험계약의 연속되는 기간이 5년을 지난 것을 말하며 보통약관 제17조(계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보험료분납특별약관에 따라 보험료를 나누어 내는 계약인 경우 보험료의 납입연체로 인한 계약의 해지후 보험료분납특별약관 제4조(계약의 부활)에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제4항의 최초 청약일로 적용합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 계약자나 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 보험수익자(보험금을 받는 자, 이하 “수익자”라 합니다)의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
 3. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
 4. 피보험자(보험대상자)의 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
 5. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
7. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

8. 제7호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
9. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.(【별표2】 참조)

1. 주로 성행위로 전파되는 감염
2. 정신과질환 및 행동장애. 다만, 치매는 보상하여 드립니다.
3. 신경계의 질환으로서 유전적질환, 퇴행성질환, 간질, 편두통, 수면장애, 신경장애, 근육질환, 뇌성마비 등
4. 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환
5. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환
6. 요추 및 기타 추간관 장애(디스크)
7. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
8. 임신, 출산(제왕절개 포함) 및 산욕. 단, 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.

9. 선천성기형, 변형 및 염색체 이상

10. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과

③ 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병입원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한약재 등의 보신용 투약비용
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
4. 주근깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
5. 질병을 동반하지 않는 포경수술
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용
9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담 입원의료비는 보상하여 드립니다.
10. 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말함)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 합병증의 치료비

제3조(질병입원의료비)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 질병으로 인하여 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병입원의료비(이하 “질병입원의료비”라 합니다)를 보상하여 드립니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

1. 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실을 말함) 사용료, 환자 관리료, 식대 등
 2. 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등
 3. 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비 등
 4. 병실료 차액 : 실제 사용병실(다만, 특실 또는 1인실을 사용하는 경우에는 2인실의 병실료를 기준으로 함)과 기준병실과의 병실료 차액
- ② 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 제1항 제1호, 제2호, 제3호의 비용 전액(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)과 제4호의 비용중 50% 해당액을 1천만원 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 40%해당액을 1천만원을 한도로 보상하여 드립니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 질병입원의료비의 보상한도는 진단확정일로부터 365일을 한도로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 입원이라도 질병입원의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료 전 최종진단확정일로부터 계속 중인 입원기간에 대한 질병입원의료비를 365일을 한도로 보상하여 드립니다.
- ⑤ 제1항, 제2항 및 제3항에도 불구하고 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원하거나, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 보상하여 드립니다.
- ⑥ 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

<용어풀이>

다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제4조(보험나이의 계산)

- ① 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ② 제1항에 따라 계산된 보험나이가 계산착오로 피보험자(보험대상자)의 실제나이와 차이가 있는 경우에 실제나이가 이 보험의 가입나이 범위내일 경우에는 실제 나이에 의하여 계약된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

<보험나이 계산 예시>

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일
⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

의료사고법률비용 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 의료법 제3조에 정한 의료기관(병원 또는 의원 등, 한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 지급합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 의료법 제3조에 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우에도 보상하여 드립니다.
- ③ 이 특별약관 계약에 있어서 의료사고라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 초칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 의료법 제3조에 정한 의료기관에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해는 의료사고로 보지 않습니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

- 1. 피보험자(보험대상자)에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
- 2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
- 3. 계약자나 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 피보험자(보험대상자)의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

암진단자금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 이 특별약관에 따라 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해)의 제1항 제4호에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보험기간중 암, 상피내암 또는 경계성종양에 대한 보장개시일 이후에 암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 확정된 경우에는 아래에 정한 금액을 각각 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 1,000만원 기준)

구 분	지급보험금
암 진단확정시(기타피부암 제외)	1,000만원
기타피부암, 상피내암, 경계성종양 진단확정시	200만원

② 제1항의 암(기타피부암 제외)에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 아니합니다.

③ 제1항의 암, 상피내암 또는 경계성종양의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 암, 상피내암 또는 경계성종양이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항 내지 제2항에 따라 보장하여 드립니다.

⑤ 제4항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’ 이라 함은 보험계약의 자동갱신에 따라 최초 청약일부터 보험계약의 연속되는 기간이 5년을 지난 것을 말하며 보통약관 제17조(계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 보험료분납특별약관에 따라 보험료를 나누어 내는 계약인 경우 보험료의 납입연체로 인한 계약의 해지후 보험료분납특별약관 제4조(계약의 부활)에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제5항의 최초 청약일로 적용합니다.

제2조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관 계약에 있어서 “암” 이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 제외합니다.

② 이 특별약관 계약에 있어서 “기타 피부암” 이라 함은 제1항에서 정한 “암” 중에서 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관 계약에 있어서 “상피내암” 이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표4】(상피내의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관 계약에 있어서 “경계성종양” 이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어

서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표5】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

⑤ 암, 상피내암 또는 경계성종양의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissues), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험나이의 계산)

- ① 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ② 제1항에 따라 계산된 보험나이가 계산착오로 피보험자(보험대상자)의 실제나리와 차이가 있는 경우에 실제나리가 이 보험의 가입나이 범위내일 경우에는 실제 나이에 의하여 계약된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

<보험나이 계산 예시>

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일
⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제4조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관 제1조(보상하는 손해)에서 정한 암(기타피부암제외), 상피내암, 기타피부암 또는 경계성종양 손해를 각 1회씩 모두 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸되며, 암(기타피부암제외)에 대한 보상이 이루어진 경우에는 보험기간이 만료된 후 이 특약에 대한 갱신은 이루어지지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중진단자금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해)의 제1항 제4호에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 뇌졸중으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 뇌졸중진단자금으로 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 뇌졸중으로 인하여 진단

또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 뇌졸중이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 뇌졸중으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항에 따라 보장하여 드립니다.

④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’ 이라 함은 보험계약의 자동갱신에 따라 최초 청약일부터 보험계약의 연속되는 기간이 5년을 지난 것을 말하며 보통약관 제17조(계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보험료분납특별약관에 따라 보험료를 나누어 내는 계약인 경우 보험료의 납입연체로 인한 계약의 해지후 보험료분납특별약관 제4조(계약의 부활)에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제4항의 최초 청약일로 적용합니다.

제2조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관 계약에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 대뇌혈관질환중에서 거미막밑출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 머리내출혈, 뇌경색증, 대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥 또는 대뇌동맥의 폐색 및 협착으로 분류되는 질병(【별표6】(뇌졸중 분류표) 참조)을 말합니다.

② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기 공명 영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(보험나이의 계산)

① 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

② 제1항에 따라 계산된 보험나이가 계산착오로 피보험자(보험대상자)의 실제나리와 차이가 있는 경우에 실제나리가 이 보험의 가입나이 범위내일 경우에는 실제 나이에 의하여 계약된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

<보험나이 계산 예시>

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일
⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제4조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이

특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증진단자금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해)의 제1항 제4호에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 급성심근경색증진단자금으로 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 급성심근경색증으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 급성심근경색증이라고 하더라도 보험 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 급성심근경색증으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항에 따라 보장하여 드립니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’ 이라 함은 보험계약의 자동갱신에 따라 최초 청약일부터 보험계약의 연속되는 기간이 5년을 지난 것을 말하며 보통약관 제17조(계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보험료분납특별약관에 따라 보험료를 나누어 내는 계약인 경우 보험료의 납입연체로 인한 계약의 해지후 보험료분납특별약관 제4조(계약의 부활)에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제4항의 최초 청약일로 적용합니다.

제2조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관 계약에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 허혈성심장질환 중에서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(【별표7】(급성심근경색증 분류표) 참조)을 말합니다.
- ② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(보험나이의 계산)

- ① 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가

증가하는 것으로 합니다.

- ② 제1항에 따라 계산된 보험나이가 계산착오로 피보험자(보험대상자)의 실제나이와 차이가 있는 경우에 실제나이가 이 보험의 가입나이 범위내일 경우에는 실제 나이에 의하여 계약된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

<보험나이 계산 예시>

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일
⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제4조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

부인과질환입원일당 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 부인과질환으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 의사의 치료를 받은 때에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 부인과질환의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 부인과질환으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 부인과질환이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 부인과질환으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항에 따라 보상하여 드립니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’ 이라 함은 보험계약의 자동갱신에 따라 최초 청약일부터 보험계약의 연속되는 기간이 5년을 지난 것을 말하며 보통약관 제17조(계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보험료분납특별약관에 따라 보험료를 나누어 내는 계약인 경우 보험료의 납입연체로 인한 계약의 해지후 보험료분납특별약관 제4조(계약의 부활)에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제4항의 최초 청약일로 적용합니다.

제2조(부인과질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관 계약에 있어서 “부인과질환” 이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류(KCD) 중 【별표8】 (부인과질환 분류표)에서 정한 상피내의 신생물, 양성신생물, 행동약식 불명 또는

미상의 신생물 유방의 장애, 여성골반내 장기의 염증성 질환 및 여성생식기의 비염증성장애 (습관성 유산자, 여성불임증 및 인공수정과 관련된 합병증 제외)를 말합니다.

② 부인과질환의 진단 확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(입원일당)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 부인과질환으로 4일이상 계속 입원시에는 3일 초과 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 일당액을 부인과질환입원일당으로 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 부인과질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 부인과질환의 치료를 직접목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 부인과질환에 대한 입원이라도 부인과질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 부인과질환으로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 부인과질환입원일당은 계속 보장하여 드립니다.

⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 부인과질환입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

<용어풀이>

1. 입원

이 보험에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2. 의사

피보험자(보험대상자) 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

제4조(보험나이의 계산)

① 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

② 제1항에 따라 계산된 보험나이가 계산착오로 피보험자(보험대상자)의 실제나리와 차이가 있는 경우에 실제나이가 이 보험의 가입나이 범위내일 경우에는 실제 나이에 의하여 계약된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

<보험나이 계산 예시>

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일
⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

여성만성질환입원일당 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 여성만성질환으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 의사의 치료를 받은 때에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 여성만성질환의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 여성만성질환으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 여성만성질환이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 여성만성질환으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항에 따라 보장하여 드립니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’ 이라 함은 보험계약의 자동갱신에 따라 최초 청약일부터 보험계약의 연속되는 기간이 5년을 지난 것을 말하며 보통약관 제17조(계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보험료분납특별약관에 따라 보험료를 나누어 내는 계약인 경우 보험료의 납입연체로 인한 계약의 해지후 보험료분납특별약관 제4조(계약의 부활)에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제4항의 최초 청약일로 적용합니다.

제2조(여성만성질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관 계약에 있어서 “여성만성질환” 이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류(KCD) 중 【별표9】 (여성만성질환 분류표)에서 정한 골다공증 및 관절염을 말합니다.
- ② 여성만성질환의 진단 확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(입원일당)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 여성만성질환으로 4일이상 계속 입원시에는 3일 초과 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 일당액을 여성만성질환입원일당으로 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 여성만성질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 여성만성질환의 치료를 직접목적으로 보험기간중에

2회 이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 여성만성질환에 대한 입원이라도 여성만성질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 여성만성질환으로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 여성만성질환입원일당은 계속 보장하여 드립니다.

⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 여성만성질환입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

<용어풀이>

1. 입 원

이 보험에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2. 의 사

피보험자(보험대상자) 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

제4조(보험나이의 계산)

① 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

② 제1항에 따라 계산된 보험나이가 계산착오로 피보험자(보험대상자)의 실제나리와 차이가 있는 경우에 실제나리가 이 보험의 가입나이 범위내일 경우에는 실제 나이에 의하여 계약된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

<보험나이 계산 예시>

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일
⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고 성형비용 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 교통사고의 직접적인 결과로 인하여 외형상의 반흔(흉터)이나 추상(추한모습)장애, 신체의 기형이나 기능장애가 발생하여 그 원상회복을 위해 사고일부터 1년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 성형비용으로 지급하여 드립니다. 다만, 미용을 위한 성형수술을 받은 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 같은 사고로 제1항에 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 생긴 손해를 보상하여 드리지 않습니다.

1. 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해) 제1항에 정한 사항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조에서 정하는 무면허운전 또는 도로교통법 제44조에서 정하는 음주운전 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조 (수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

별금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차 사고(이하 “운전중 사고”라 합니다)로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 별금액(확정판결에 의하여 정해진 별금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 별금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 1사고당 2,000만원을 한도로 지급하여 드립니다.

<용어풀이>

운전이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말함

② 제1항의 별금에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자(보험대상자)가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

③ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 생긴 손해를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해) 제1항에 정한 사항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)(자가용 운전자를 대상으로 합니다)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
5. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조에서 정하는 무면허운전 또는 도로교통법 제44조에서 정하는 음주운전 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

방어비용 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차 사고(이하 “운전중 사고”라 합니다)로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의해 구속되었거나, 검찰에 의해 공소제기(이하 “기소”라 합니다)된 경우에는 변호사보수 등 방어비용으로 이 특별약관의 보험가입금액을 지급하여 드립니다.

<용어풀이>

운전이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말함

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 생긴 손해를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해) 제1항에 정한 사항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)(자가용 운전자를 대상으로 합니다)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
5. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조에서 정하는 무면허운전 또는 도로교통법 제44조에서 정하는 음주운전 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

형사합의지원금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고로 인하여 타인(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자 및 자녀인 경우 제외는 제외합니다)을 사망하게 하거나, 교통사고처리특례법 제3조 2항 단서(【별표10】참조)에 해당하는 사고(단, 이 단서중 7, 8은 제외합니다)를 일으켜 피해자가 21일이상(피해자 1인을 기준으로 합니다) 치료(입원 및 통원 포함합니다)를 요한다는 진단을 받은 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 형사합의지원금으로 지급합니다. 다만, 피해자가 다수인 경우에는 각각 형사합의지원금을 지급하여 드립니다.

<용어풀이>

운전이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말함

- ② 피보험자(보험대상자)가 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당하는 사고를 일으킨 경우에는 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원을 제출하여야 합니다.
- ③ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 생긴 손해를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해) 제1항에 정한 사항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)(자가용 운전자를 대상으로 합니다)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
5. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조에서 정하는 무면허운전 또는 도로교통법 제44조에서 정하는 음주운전 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 타인의 100% 과실로 인한 사고

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

입원의료비 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국의 병원 또는 의원 등에 입원을 개시하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 입원의료비를 이 특별약관에 따라 피보험자(보험대상자)에게 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 입원의료비는 입원개시일로부터 그날을 포함하여 365일까지 보상하여 드립니다.
- ③ 보험기간 전 입원했던 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우(이하 전원이라 함)와 피보험자(보험대상자)(보호자포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice discharge, 이하 자의적 퇴원(A.M.A. discharge)라 함)한 후 365일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 「보험기간 중 병원 또는 의원에 입원을 개시」 하는 입원으로 보지 않습니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 보상하여 드립니다.(단, 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보험대상자)(보호자포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A. discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 계속 입원으로 봅니다).
- ⑤ 입원 중 동일 상해 또는 질병으로 인하여 입원 중인 병원의 의사소견에 따라 타 병원에 동원치료한 경우에도 입원 치료로 봅니다.
- ⑥ 제1항의 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항 내지 제5항에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’ 이라 함은 보험계약의 자동갱신에 따라 최초 청약일부터 보험계약의 연속되는 기간이 5년을 지난 것을 말하며 보통약관 제17조(계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보험료분납특별약관에 따라 보험료를 나누어 내는 계약인 경우 보험료의 납입연체로 인한 계약의 해지후 보험료분납특별약관 제4조(계약의 부활)에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 최초 청약일로 적용합니다.

제2조 (입원의료비)

제1조(보상하는 손해)의 “입원의료비” 라 함은 국민건강보험법상의 보험급여부분 중 본인부담의료비(의사가 발행한 처방전에 의해 약국에서 조제투약하여 발생한 의료비 포함)와 보험비급여부분의 본인부담의료비(의사가 발행한 처방전에 의해 약국에서 조제투약하여 발생한 의료비 포함)중 아래의 비용을 말합니다.

1. 입원기간중의 식대
2. 선택진료료

3. CT(전산화단층촬영)진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)
4. MRI(자기공명영상)진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)
5. 초음파진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)

제3조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해)에 관계없이 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비 또는 아래와 같은 사유에 해당하는 입원의료비에 대해서는 보상하여 드리지 않습니다.

- ① 보험계약자나 피보험자(보험대상자)의 고의
- ② 수익자의 고의. 단, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다.
- ③ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 치과병원, 치과의원 또는 한방병원, 한의원에 입원하여 발생하는 의료비의 경우
- ④ 임신, 출산, 산후기(제5차 개정 한국표준질병사인분류 번호 중 000-099)로 입원한 경우
- ⑤ 국민건강보험법 제39조(요양급여) 제3항에 의한 업무 또는 일상 생활에 지장이 없는 경우의 다음 각목의 질환 및 이와 상당하는 보건복지부장관이 고시하는 질환
 1. 단순한 피로 또는 권태
 2. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 3. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비노생식기 질환
 4. 단순 코골음
 5. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
 6. 검열반 등 안과질환
- ⑥ 국민건강보험법 제39조(요양급여) 제3항에 의한 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모 개선 목적의 진료로서 다음 각목의 경우의 질환 및 이와 상당하는 보건복지부장관이 고시하는 질환
 1. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
 2. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 3. 저작(음식물을 씹음) 또는 발음기능개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 악안면 교정술 및 교정치료
 4. 관절운동 제한이 없는 반흔(흉터)구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔(흉터)제거술
 5. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
- ⑦ 국민건강보험법 제39조(요양급여) 제3항에 의한 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 다음 각목의 예방 진료 및 이와 상당하는 보건복지부장관이 고시하는 예방진료
 1. 본인의 희망에 의한 건강검진(국민건강보험법 제47조의 규정에 의하여 공단이 가입자 등에게 실시하는 건강검진 제외)
 2. 예방접종(과상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)

3. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거
 4. 불소국소도포, 치면열구전색 등 치아우식증예방을 위한 진료
 5. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
 6. 유전성질환 등 태아의 이상 유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사
- ⑧ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 각종 보조기 등 진료재료의 구입, 대체 및 수선비용
 - ⑨ 보험급여가 전혀 발생하지 않는 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여 비용 및 의사의 처방에 의하지 않는 일반의약품, 보신용 투약비용, 진자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정 포함), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용
 - ⑩ 진료와 무관한 제비용(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용
 - ⑪ 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법에 의해 처리하여야 하는 사고 또는 그로 인한 후유증 및 합병증으로 발생한 입원의료비 중 자동차보험(공제를 포함) 또는 산재보험에서 보상받은 의료비(단, 본인부담 입원의료비에 대해서는 제4조(보상기준) 제2항에 따라 보상하여 드립니다.)
 - ⑫ 피보험자(보험대상자)의 마약, 습관성 의약품, 알콜중독, 자해, 자살미수, 형법상의 범죄 행위 또는 폭력 행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
 - ⑬ 기타 치료목적이 아닌 사유로 발생한 의료비 및 대한민국 외에서 치료하여 발생한 의료비
 - ⑭ 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비

제4조 (보상기준)

- ① 회사가 지급할 피보험자(보험대상자) 1인당 1회의 입원(입원의 개시일부터 퇴원일까지 계속된 입원을 말합니다)에 대한 입원의료비용은 증권에 기재된 입원의료비용(상해, 질병)가 입금액을 한도로 ()만원을 공제하고 보상합니다. 단, 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보험대상자)(보호자포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 365일 이내에 재입원한 경우에는 계속된 입원으로 봅니다.
- ② 제1조(보상하는 손해) 제1항에도 불구하고, 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함)에는 제2조(입원의료비)에서 발생하는 본인부담 입원의료비 총액(이 특별약관에 더하여 추가특별약관의 체결시에는 해당 추가특별약관의 보상을 포함합니다)의 40% 해당액을 위 제1항에 정한 바에 따라 보상합니다. 단, 동 특별약관에 체결된 추가특별약관에서 보상하는 손해에 정한 사항을 제외하고 어떠한 경우에도 제3조(보상하지 아니하는 손해)는 보상하지 않습니다.

제5조 (다수보험의 처리)

제1조(보상하는 손해)의 입원의료비에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 제1조(보상하는 손해)의 입원의료비를 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위

합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

<용어풀이>

다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제6조(보험나이의 계산)

- ① 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ② 제1항에 따라 계산된 보험나이가 계산착오로 피보험자(보험대상자)의 실제나리와 차이가 있는 경우에 실제나리가 이 보험의 가입나이 범위내일 경우에는 실제 나이에 의하여 계약된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

<보험나이 계산 예시>

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일
⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제7조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

입원병실료차액 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 입원의료비 특별약관 제2조(입원의료비) 이외에도 병실료차액의 ()%를 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 병실료차액이란 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료차액을 말합니다.
- ③ 보험기간 전 입원했던 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우(이하 전원이라 함)와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice discharge, 이하 자의적 퇴원(A.M.A. discharge)이라 함)한 후 365일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 「보험기간 중 병원 또는 의원에 입원을 개시」하는 입원으로 보지 않습니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원개시일로부터 365일 한도로 보상하여 드립니다.(단, 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A. discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 계속 입원으로 봅니다.)

제2조 (보상한도)

동 추가특별약관의 보상을 포함한 입원의료비의 보상한도는 입원의료비 특별약관의 보험가입 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제3조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 입원의료비 특별약관을 따릅니다.

입원의료비 기타비급여 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 입원의료비 특별약관 제2조(입원의료비) 이외에도 비급여 항목중에서 기타비급여를 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 기타비급여란 국민건강보험법상의 보험급여 대상에서 제외되는 비급여 항목에서 입원의료비 특별약관 제2조(입원의료비)에 정한 제1호~제5호 및 입원병실료차액 이외에 소요된 입원의료비용을 말합니다.
- ③ 보험기간 전 입원했던 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우(이하 전원이라 함)와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice discharge, 이하 자의적 퇴원(A.M.A. discharge)이라 함)한 후 365일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 「보험기간 중 병원 또는 의원에 입원을 개시」하는 입원으로 보지 않습니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원개시일로부터 365일 한도로 보상하여 드립니다.(단, 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A. discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 계속 입원으로 봅니다.)
- ⑤ 입원 중 동일 상해 또는 질병으로 인하여 입원 중인 병원의 의사소견에 따라 타 병원에 통원치료한 경우에도 입원 치료로 봅니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에서 정한 사항은 보상하여 드리지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 입원의료비 특별약관에 출산확장 추가특별약관, 입원의료비 한방() 추가특별약관 또는 입원의료비 초과() 추가특별약관이 적용되는 경우에는 해당 추가특별약관의 보상하는 손해는 제1항의 보상하지 아니하는 손해에서 제외됩니다.

제3조 (보상한도)

동 추가특별약관의 보상을 포함한 입원의료비의 보상한도는 입원의료비 특별약관의 보험가입 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제4조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 입원의료비 특별약관을 따릅니다.

입원의료비 한방(법정본인부담) 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에도 불구하고 상해 또는 질병으로 인하여 보험기간중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국의 한방병·의원(이하 '의원'이라 함)에 입원을 개시하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법상의 보험급여부분중 피보험자(보험대상자)가 부담하는 입원의료비를 이 추가특별약관에 따라 피보험자(보험대상자)에게 보상하여 드립니다.
- ② 보험기간 전 입원했던 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우(이하 '전원'이라 함)와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice discharge, 이하 '자의적 퇴원(A.M.A. discharge)'이라 함)한 후 365일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 「보험기간 중 병원 또는 의원에 입원을 개시」하는 입원으로 보지 않습니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원개시일로부터 365일 한도로 보상하여 드립니다.(단, 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A. discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 계속 입원으로 봅니다.)
- ④ 입원 중 동일 상해 또는 질병으로 인하여 입원 중인 병원의 의사소견에 따라 타 병원에 통원치료한 경우에도 입원 치료로 봅니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에서 정한 사항(제3항의 한방병·의원 은 제외) 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법 등) 및 차멀미, 비만, 금연 등 질병 치료 이외의 목적으로 시술한 침술
2. 치료 목적이 아닌 단순한 건강증진을 위한 투약 및 첩약

제3조 (보상한도)

동 추가특별약관의 보상을 포함한 입원의료비의 보상한도는 입원의료비 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 입원의료비 특별약관을 따릅니다.

입원의료비 한방(법정본인부담, 5대비급여) 추가특별약관

제1조(적용특칙)

동 추가특별약관은 입원의료비 특별약관(입원의료비 출산확장 추가특별약관이 부가된 경우도 포함)만이 체결된 경우에 한해 적용합니다.

제2조(보상하는 손해)

① 회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에도 불구하고 상해 또는 질병으로 인하여 보험기간중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국의 한방병·의원에 입원을 개시하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법상의 보험급여부분중 본인부담의료비와 보험비급여부분의 본인부담의료비중 아래의 비용을 보상하여 드립니다.

1. 입원기간중의 식대
2. 선택진료료
3. CT(전산화단층촬영)진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)
4. MRI(자기공명영상)진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)
5. 초음파진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)

② 보험기간 전 입원했던 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우(이하 전원이라 함)와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice discharge, 이하 자의적 퇴원(A.M.A. discharge)이라 함)한 후 365일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 「보험기간 중 병원 또는 의원에 입원을 개시」하는 입원으로 보지 않습니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원개시일로부터 365일 한도로 보상하여 드립니다.(단, 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A. discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 계속 입원으로 봅니다.)

④ 입원 중 동일 상해 또는 질병으로 인하여 입원 중인 병원의 의사소견에 따라 타 병원에 통원치료한 경우에도 입원 치료로 봅니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에서 정한 사항(제3항의 한방병·의원 은 제외) 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법 등) 및 차멀미, 비만, 금연 등 질병 치료 이외의 목적으로 시술한 침술
2. 치료 목적이 아닌 단순한 건강증진을 위한 투약 및 첩약

제4조 (보상한도)

동 추가특별약관의 보상을 포함한 입원의료비의 보상한도는 입원의료비 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 입원의료비 특별약관을 따릅니다.

입원의료비 한방(법정본인부담, 5대비급여, 기타비급여) 추가특별약관

제1조(적용특칙)

동 추가특별약관은 입원의료비 특별약관(입원의료비 출산확장 추가특별약관이 부가된 경우도 포함) 및 입원의료비 기타비급여 추가특별약관이 체결된 경우에 한해 적용합니다.

제2조(보상하는 손해)

① 회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에도 불구하고 상해 또는 질병으로 인하여 보험기간중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국의 한방병·의원에 입원을 개시하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법상의 보험급여부분중 본인 부담의료비와 보험비급여부분의 본인부담의료비중 입원병실료차액 이외에 소요된 비용을 이 추가특별약관에 따라 피보험자(보험대상자)에게 보상하여 드립니다.

② 보험기간 전 입원했던 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우(이하 전원이라 함)와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice discharge, 이하 자의적 퇴원(A.M.A. discharge)이라 함)한 후 365일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 「보험기간 중 병원 또는 의원에 입원을 개시」하는 입원으로 보지 않습니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원개시일로부터 365일 한도로 보상하여 드립니다.(단, 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A. discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 계속 입원으로 봅니다.)

④ 입원 중 동일 상해 또는 질병으로 인하여 입원 중인 병원의 의사소견에 따라 타 병원에 통원치료한 경우에도 입원 치료로 봅니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에서 정한 사항(제3항의 한방병·의원 은 제외) 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법 등) 및 차멀미, 비만, 금연 등 질병 치료 이외의 목적으로 시술한 침술
2. 치료 목적이 아닌 단순한 건강증진을 위한 투약 및 첩약

제4조 (보상한도)

동 추가특별약관의 보상을 포함한 입원의료비의 보상한도는 입원의료비 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관, 입원의료비 특별약관 및 입원의료비 기타 비급여 추가특별약관을 따릅니다.

입원의료비 한방(법정본인부담, 5대비급여, 입원병실료차액) 추가특별약관

제1조(적용특칙)

동 추가특별약관은 입원의료비 특별약관(입원의료비 출산확장 추가특별약관이 부가된 경우도 포함) 및 입원병실료차액 추가특별약관이 체결된 경우에 한해 적용합니다.

제2조(보상하는 손해)

① 회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에도 불구하고 상해 또는 질병으로 인하여 보험기간중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국내의 한방병·의원에 입원을 개시하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법상의 보험급여부분중 본인 부담의료비와 보험비급여부분의 본인부담의료비중 아래의 비용과 병실료차액을 보상하여 드립니다.

1. 입원기간중의 식대
2. 선택진료료
3. CT(전산화단층촬영)진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)
4. MRI(자기공명영상)진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)
5. 초음파진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)

② 제1항의 병실료차액이란 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료차액을 말하며 보상비율은 입원병실료차액 추가특별약관의 보상비율을 따릅니다.

③ 보험기간 전 입원했던 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우(이하 전원이라 함)와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice discharge, 이하 자의적 퇴원(A.M.A. discharge)이라 함)한 후 365일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 「보험기간 중 병원 또는 의원에 입원을 개시」하는 입원으로 보지 않습니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원개시일로부터 365일 한도로 보상하여 드립니다.(단, 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A. discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 계속 입원으로 봅니다.)

⑤ 입원 중 동일 상해 또는 질병으로 인하여 입원 중인 병원의 의사소견에 따라 타 병원에 통원치료한 경우에도 입원 치료로 봅니다.

제3조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에서 정한 사항(제3항의 한방병·의원 은 제외) 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법 등) 및 차멀미, 비만, 금연 등 질병 치료 이외의 목적으로 시술한 침술
2. 치료 목적이 아닌 단순한 건강증진을 위한 투약 및 첩약

제4조 (보상한도)

동 추가특별약관의 보상을 포함한 입원의료비의 보상한도는 입원의료비 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관, 입원의료비 특별약관 및 입원병실료차액 추가특별약관을 따릅니다.

입원의료비 한방(법정보인부담, 5대비급여, 기타비급여, 입원병실료차액) 추가특별약관

제1조 (적용특칙)

동 추가특별약관은 입원의료비 특별약관(입원의료비 출산확장 추가특별약관이 부가된 경우도 포함), 입원의료비 기타비급여 추가특별약관, 입원병실료차액 추가특별약관이 동시에 체결된 경우에 한해 적용합니다.

제2조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에도 불구하고 상해 또는 질병으로 인하여 보험기간중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국의 한방병·의원에 입원을 개시하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법상의 보험급여부분중 본인부담의료비와 보험비급여부분의 본인부담의료비를 이 추가특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 이 추가특별약관의 병실료차액이란 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료차액을 말하며 보상비율은 입원병실료차액 추가특별약관의 보상비율을 따릅니다.
- ③ 보험기간 전 입원했던 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우(이하 전원이라 함)와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice discharge, 이하 자의적 퇴원(A.M.A. discharge)이라 함)한 후 365일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 「보험기간 중 병원 또는 의원에 입원을 개시」하는 입원으로 보지 않습니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원개시일로부터 365일 한도로 보상하여 드립니다.(단, 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A. discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 계속 입원으로 봅니다.)

⑤ 입원 중 동일 상해 또는 질병으로 인하여 입원 중인 병원의 의사소견에 따라 타 병원에 통원치료한 경우에도 입원 치료로 봅니다.

제3조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에서 정한 사항(제3항의 한방병·의원 은 제외) 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법 등) 및 차멀미, 비만, 금연 등 질병 치료 이외의 목적으로 시술한 침술
2. 치료 목적이 아닌 단순한 건강증진을 위한 투약 및 첩약

제4조 (보상한도)

동 추가특별약관의 보상을 포함한 입원의료비의 보상한도는 입원의료비 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관, 입원의료비 특별약관, 입원의료비 기타비급여 추가특별약관 및 입원병실료차액 추가특별약관을 따릅니다.

입원의료비 치과(법정본인부담) 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에도 불구하고 상해 또는 질병으로 인하여 보험기간중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국의 치과병·의원에 입원을 개시하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법상의 보험급여부분중 피보험자(보험대상자)가 부담하는 입원의료비를 이 추가특별약관에 따라 피보험자(보험대상자)에게 보상하여 드립니다.

② 보험기간 전 입원했던 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우(이하 전원이라 함)와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice discharge, 이하 자의적 퇴원(A.M.A. discharge)이라 함)한 후 365일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 「보험기간 중 병원 또는 의원에 입원을 개시」하는 입원으로 보지 않습니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원개시일로부터 365일 한도로 보상하여 드립니다.(단, 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A. discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 계속 입원으로 봅니다.)

④ 입원 중 동일 상해 또는 질병으로 인하여 입원 중인 병원의 의사소견에 따라 타 병원에 통원치료한 경우에도 입원 치료로 봅니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에서 정한 사항(제3항의 치과병·의원은 제외)으로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

제3조 (보상한도)

동 추가특별약관의 보상을 포함한 입원의료비의 보상한도는 입원의료비 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 입원의료비 특별약관을 따릅니다.

입원의료비 치과(법정본인부담, 5대비급여) 추가특별약관

제1조(적용특칙)

동 추가특별약관은 입원의료비 특별약관(입원의료비 출산확장 추가특별약관이 부가된 경우도 포함)만이 체결된 경우에 한해 적용합니다.

제2조(보상하는 손해)

① 회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에도 불구하고 상해 또는 질병으로 인하여 보험기간중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국내의 치과병·의원에 입원을 개시하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법상의 보험급여부분중 본인부담의료비와 보험비급여부분의 본인부담의료비중 아래의 비용을 보상하여 드립니다.

1. 입원기간중의 식대
2. 선택진료료
3. CT(전산화단층촬영)진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)
4. MRI(자기공명영상)진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)
5. 초음파진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)

② 보험기간 전 입원했던 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우(이하 전원이라 함)와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice discharge, 이하 자의적 퇴원(A.M.A. discharge)이라 함)한 후 365일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 「보험기간 중 병원 또는 의원에 입원을 개시」하는 입원으로 보지 않습니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원개시일로부터 365일 한도로 보상하여 드립니다.(단, 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A. discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 계속 입원으로 봅니다.)

④ 입원 중 동일 상해 또는 질병으로 인하여 입원 중인 병원의 의사소견에 따라 타 병원에 통원치료한 경우에도 입원 치료로 봅니다.

제3조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에서 정한 사항(제3항의 치과병·의원은 제외)으로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

제4조 (보상한도)

동 추가특별약관의 보상을 포함한 입원의료비의 보상한도는 입원의료비 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제5조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 입원의료비 특별약관을 따릅니다.

입원의료비 치과(법정보인부담, 5대비급여, 기타비급여) 추가특별약관

제1조(적용특칙)

동 추가특별약관은 입원의료비 특별약관(입원의료비 출산확장 추가특별약관이 부가된 경우도 포함) 및 입원의료비 기타비급여 추가특별약관이 체결된 경우에 한해 적용합니다.

제2조(보상하는 손해)

- ① 회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에도 불구하고 상해 또는 질병으로 인하여 보험기간중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국의 치과병·의원에 입원을 개시하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법상의 보험급여부분중 본인부담의료비와 보험비급여부분의 본인부담의료비중 입원병실료차액 이외에 소요된 비용을 이 추가특별약관에 따라 피보험자(보험대상자)에게 보상하여 드립니다.
- ② 보험기간 전 입원했던 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우(이하 전원이라 함)와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice discharge, 이하 자의적 퇴원(A.M.A. discharge)이라 함)한 후 365일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 「보험기간 중 병원 또는 의원에 입원을 개시」하는 입원으로 보지 않습니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원개시일로부터 365일 한도로 보상하여 드립니다.(단, 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A. discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 계속 입원으로 봅니다.)
- ④ 입원 중 동일 상해 또는 질병으로 인하여 입원 중인 병원의 의사소견에 따라 타 병원에 통원치료한 경우에도 입원 치료로 봅니다.

제3조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에서 정한 사항(제3항의 치과병·의원은 제외)으로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

은 제외)으로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

제4조 (보상한도)

동 추가특별약관의 보상을 포함한 입원의료비의 보상한도는 입원의료비 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제5조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관, 입원의료비 특별약관 및 입원의료비 기타 비급여 추가특별약관을 따릅니다.

입원의료비 초과(법정보인부담, 5대비급여, 입원병실료차액) 추가특별약관

제1조(적용특칙)

동 추가특별약관은 입원의료비 특별약관(입원의료비 출산확장 추가특별약관이 부가된 경우도 포함) 및 입원병실료차액 추가특별약관이 체결된 경우에 한해 적용합니다.

제2조(보상하는 손해)

① 회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에도 불구하고 상해 또는 질병으로 인하여 보험기간중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국의 치과병·의원에 입원을 개시하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법상의 보험급여부분중 본인부담의료비와 보험비급여부분의 본인부담의료비중 아래의 비용과 병실료차액을 보상하여 드립니다.

1. 입원기간중의 식대
2. 선택진료료
3. CT(전산화단층촬영)진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)
4. MRI(자기공명영상)진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)
5. 초음파진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)

② 제1항의 병실료차액이란 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료차액을 말하며 보상비율은 입원병실료차액 추가특별약관의 보상비율을 따릅니다.

③ 보험기간 전 입원했던 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우(이하 전원이라 함)와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice discharge, 이하 자의적 퇴원(A.M.A. discharge)이라 함)한 후 365일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 「보험기간 중 병원 또는 의원에 입원을 개시」하는 입원으로 보지 않습니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원개시일로부터 365일 한도로 보상하여 드립니다.(단, 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A. discharge)한 후 동일

한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 계속 입원으로 봅니다.)

⑤ 입원 중 동일 상해 또는 질병으로 인하여 입원 중인 병원의 의사소견에 따라 타 병원에 통원치료한 경우에도 입원 치료로 봅니다.

제3조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에서 정한 사항(제3항의 치과병·의원 은 제외)으로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

제4조 (보상한도)

동 추가특별약관의 보상을 포함한 입원의료비의 보상한도는 입원의료비 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관, 입원의료비 특별약관 및 입원병실료차액 추가특별약관을 따릅니다.

입원의료비 초과(법정본인부담, 5대비급여, 기타비급여, 입원병실료차액) 추가특별약관

제1조 (적용특칙)

동 추가특별약관은 입원의료비 특별약관(입원의료비 출산확장 추가특별약관이 부가된 경우도 포함), 입원의료비 기타비급여 추가특별약관, 입원병실료차액 추가특별약관이 동시에 체결된 경우에 한해 적용합니다.

제2조 (보상하는 손해)

① 회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에도 불구하고 상해 또는 질병으로 인하여 보험기간중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국의 치과병·의원에 입원을 개시하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법상의 보험급여부분중 본인부담의료비와 보험비급여부분의 본인부담의료비를 이 추가특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 이 추가특별약관의 병실료차액이란 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료차액을 말하며 보상비율은 입원병실료차액 추가특별약관의 보상비율을 따릅니다.

③ 보험기간 전 입원했던 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우(이하 전원이라 함)와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice discharge, 이하 자의적 퇴원(A.M.A. discharge)이라 함)한 후 365일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 「보험기간 중 병원 또는 의원에 입원을 개시」하는 입원으로 보지 않습니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원개시일로부터 365일 한도로 보상하여 드립니다.(단, 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해나 질병으로 전원하는

경우와 피보험자(보험대상자)(보호자 포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A. discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 계속 입원으로 봅니다.)

⑤ 입원 중 동일 상해 또는 질병으로 인하여 입원 중인 병원의 의사소견에 따라 타 병원에 통원치료한 경우에도 입원 치료로 봅니다.

제3조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 입원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에서 정한 사항(제3항의 치과병·의원은 제외)으로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

제4조 (보상한도)

동 추가특별약관의 보상을 포함한 입원의료비의 보상한도는 입원의료비 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제5조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관, 입원의료비 특별약관, 입원의료비 기타비급여 추가특별약관 및 입원병실료차액 추가특별약관을 따릅니다.

입원의료비 보상비율에 관한 추가특별약관

제1조 (보상기준)

회사는 입원의료비 특별약관 및 동 특별약관에 추가하여 보상되는 다른 추가특별약관에 따라 지급하여야 할 입원의료비의 ()%(입원의료비 특별약관 제4조(보상기준) 제2항에 정한 금액에도 해당 비율이 적용됩니다)를 보상하여 드립니다.

제2조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 입원의료비 특별약관에 추가하여 보상되는 다른 추가특별약관을 따릅니다.

통원의료비 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 보험기간중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국내의 병원 또는 의원에 통원치료하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 통원의료비를 이 특별약관에 따라 피보험자(보험대상자)에게 보상하여 드립니다.

② 제1항의 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항에 따라 보장하여 드립니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’ 이라 함은 보험계약의 자동갱신에 따라 최초 청약일부터 보험계약의 연속되는 기간이 5년을 지난 것을 말하며 보통약관 제17조(계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보험료분납특별약관에 따라 보험료를 나누어 내는 계약인 경우 보험료의 납입연체로 인한 계약의 해지후 보험료분납특별약관 제4조(계약의 부활)에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제4항의 최초 청약일로 적용합니다.

제2조 (통원의료비)

제1조(보상하는 손해)의 “통원의료비” 라 함은 국민건강보험법상의 보험급여부분중 본인부담의료비(의사가 발행한 처방전에 의해 약국에서 조제투약하여 발생한 의료비 포함)와 보험비급여부분의 본인부담의료비(의사가 발행한 처방전에 의해 약국에서 조제투약하여 발생한 의료비 포함)를 말합니다.

- 1. 통원제비용 : 진찰료, 검사료(CT(전산화단층촬영)진단료, MRI(자기공명영상)진단료, 초음파진단료를 포함하며, 각각 의사소견서가 첨부된 것에 한함), 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 선택진료료
- 2. 통원수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비

제3조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해)에 관계없이 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비 또는 아래와 같은 사유에 해당하는 통원의료비에 대해서는 보상하여 드리지 않습니다.

- ① 보험계약자나 피보험자(보험대상자)의 고의
- ② 수익자의 고의, 단 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다.
- ③ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 치과병원, 치과의원 또는 한방병원, 한의원에 통원하여 발생하는 의료비의 경우
- ④ 임신, 출산, 산후기(제5차 개정 한국표준질병사인분류 번호 중 000-099)로 통원한 경우
- ⑤ 국민건강보험법 제39조(요양급여) 제3항에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우의 다음 각목의 질환 및 이와 상당하는 보건복지부 장관이 고시하는 질환
 - 1. 단순한 피로 또는 권태
 - 2. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 3. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비노생식기 질환
 - 4. 단순 코골음
 - 5. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosi)
 - 6. 검열반 등 안과질환
- ⑥ 국민건강보험법 제39조(요양급여) 제3항에 의한 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모

개선 목적의 진료로서 다음 각목의 경우의 질환 및 이와 상당하는 보건복지부 장관이 고시하는 질환

1. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(용비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
2. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
3. 저작(음식물을 씹음) 또는 발음기능개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 악안면 교정술 및 교정치료
4. 관절운동 제한이 없는 반흔(흉터)구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔(흉터)제거술
5. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

⑦ 국민건강보험법 제39조(요양급여) 제3항에 의한 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 다음 각목의 예방 진료 및 이와 상당하는 보건복지부 장관이 고시하는 예방진료

1. 본인의 희망에 의한 건강검진(국민건강보험법 제472조의 규정에 의하여 공단이 가입자 등에게 실시하는 건강검진 제외)
2. 예방접종(과상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
3. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거
4. 불소국소도포, 치면열구전색 등 치아우식증 예방을 위한 치료
5. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
6. 유전성질환 등 태아의 이상 유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사

⑧ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 각종 보조기 등 진료재료의 구입, 대체 및 수선비용

⑨ 보험급여가 전혀 발생하지 않는 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여 비용 및 의사의 처방에 의하지 않는 일반의약품, 보신용 투약비용, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정 포함), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용

⑩ 진료와 무관한 제비용(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용

⑪ 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법에 의해 처리하여야 하는 사고 또는 그로 인한 후유증 및 합병증으로 발생한 통원의료비 중 자동차보험(공제를 포함) 또는 산재보험에서 보상받은 의료비(단, 본인부담의료비에 대해서는 제4조(보상기준) 제2항에 따라 보상하여 드립니다)

⑫ 피보험자(보험대상자)의 마약, 습관성 의약품, 알콜중독, 자해, 자살미수, 형법상의 범죄 행위 또는 폭력 행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)

⑬ 기타 치료목적이 아닌 사유로 발생한 의료비 및 대한민국 외에서 치료하여 발생한 의료비

⑭ 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비

제4조 (보상기준)

- ① 회사가 보상하는 통원의료비는 통원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 ()원을 공제한 금액을 보상하여 드립니다. 단, 공제금액의 적용은 1일당입니다.
- ② 제1조(보상하는 손해)에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함)에는 제2조(통원의료비)에서 발생하는 본인부담 통원의료비 총액(이 특별약관에 더하여 추가특별약관의 체결시에는 해당 추가특별약관의 보상을 포함합니다. 다만, 일부만을 보상하는 추가특별약관시에는 제한됩니다)의 40% 해당액을 위 제1항에 정한 바에 따라 보상합니다. 단, 동 특별약관에 체결된 추가특별약관에서 보상하는 손해에 정한 사항을 제외하고 어떠한 경우에도 제3조(보상하지 아니하는 손해)는 보상하지 않습니다.
- ③ 회사는 동일한 상해나 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일 질병으로 간주합니다)으로 인한 통원의료비는 통원일수 30일을 한도로 보상합니다.

제5조 (다수보험의 처리)

제1조(보상하는 손해)의 통원의료비에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 제1조(보상하는 손해)의 통원의료비를 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

<용어풀이>

다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제6조(보험나이의 계산)

- ① 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ② 제1항에 따라 계산된 보험나이가 계산착오로 피보험자(보험대상자)의 실제나와 차이가 있는 경우에 실제나이가 이 보험의 가입나이 범위내일 경우에는 실제 나이에 의하여 계약된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

<보험나이 계산 예시>

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일
⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제7조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

통원의료비 출산확장 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

회사는 통원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제4항에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 임신, 출산 및 산후기 [【별표 11】(임신, 출산 및 산후기 분류표) 참고] 으로 보험기간중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국내의 병원 또는 의원에 통원치료하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 통원의료비를 피보험자(보험대상자)에게 보상하여 드립니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 통원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에서 정한 사항(제4항은 제외) 및 아래의 사유를 원인으로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 불임에 따른 검사 및 시술
2. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
3. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제3조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 통원의료비 특별약관을 따릅니다.

통원의료비(법정본인부담 및 4대비급여)만의 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

회사는 통원의료비 특별약관 제2조(통원의료비)에도 불구하고 국민건강보험법상의 보험급여 부분중 본인부담의료비(의사가 발행한 처방전에 의해 약국에서 조제투약하여 발생한 의료비 포함)와 보험비급여부분의 본인부담의료비(의사가 발행한 처방전에 의해 약국에서 조제투약하여 발생한 의료비 포함)중 아래의 비용을 보상하여 드립니다.

1. 선택진료료
2. CT(전산화단층촬영)진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)
3. MRI(자기공명영상)진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)
4. 초음파진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)

제2조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 통원의료비 특별약관을 따릅니다.

통원의료비(법정본인부담)만의 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

회사는 통원의료비 특별약관 제2조(통원의료비)에도 불구하고 국민건강보험법상의 보험급여

부분중 본인부담의료비(의사가 발행한 처방전에 의해 약국에서 조제투약하여 발생한 의료비 포함)만을 보상하여 드립니다.

제2조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 통원의료비 특별약관을 따릅니다.

통원의료비 한방(법정본인부담) 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

회사는 통원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에도 불구하고 상해 또는 질병으로 인하여 보험기간중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국내의 한방병·의원에 통원치료하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법상의 보험급여부분 중 피보험자(보험대상자)가 부담하는 통원의료비를 이 추가특별약관에 따라 피보험자(보험대상자)에게 보상하여 드립니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 통원의료비 특별약관 제2조(통원의료비)에도 불구하고 국민건강보험법상의 보험급여부분 중 본인부담의료비만을 통원의료비로 보상하여 드립니다.

제3조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 통원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에서 정한 사항(제3항의 한방병·의원은 제외) 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법 등) 및 차멀미, 비만, 금연 등 질병 치료 이외의 목적으로 시술한 침술
2. 치료 목적이 아닌 단순한 건강증진을 위한 투약 및 첩약

제4조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 통원의료비 특별약관을 따릅니다.

통원의료비 치과(법정본인부담) 추가특별약관

제1조 (보상하는 손해)

회사는 통원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에도 불구하고 상해 또는 질병으로 인하여 보험기간중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국내의 치과병·의원에 통원치료하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법상의 보험급여부분중 피보험자(보험대상자)가 부담하는 통원의료비를 이 특별약관에 따라 피보험자(보험대상자)에게 보상하여 드립니다.

제2조 (통원의료비)

회사는 통원의료비 특별약관 제2조(통원의료비)에도 불구하고 국민건강보험법상의 보험급여부분 중 본인부담의료비만을 통원의료비로 보상하여 드립니다.

제3조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 통원의료비 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에서 정한 사항(제3항의 치과병·의원은 제외)으로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

제3조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 통원의료비 특별약관을 따릅니다.

통원의료비 보상비율에 관한 추가특별약관

제1조 (보상기준)

회사는 이 추가특별약관에 따라 통원의료비 특별약관 및 동 특별약관에 추가하여 보상되는 다른 추가특별약관에 따라 지급하여야 할 통원의료비의 ()%(통원의료비 특별약관 제4조(보상기준) 제2항에 정한 금액에도 해당 비율이 적용됩니다)를 보상하여 드립니다.

제2조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관, 통원의료비 특별약관 및 통원의료비 특별약관에 추가하여 보상되는 다른 추가특별약관을 따릅니다.

천재상해 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해) 제1항 8.에도 불구하고 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 보통약관 제6조(보상하는 손해)에 정한 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

암진단자금 특별약관(II)

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 이 특별약관에 따라 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해)의 제1항 제4호에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보험기간중 암, 상피내암 또는 경계성종양에 대한 보장개시일 이후에 암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 확정된 경우에는 아래에 정한 금액을 각각 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 1,000만원 기준)

구 분	지급보험금
암 진단확정시(기타피부암 제외)	1,000만원
기타피부암, 상피내암, 경계성종양 진단확정시	100만원

② 제1항의 암(기타피부암 제외)에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 기타피부암, 상피내암, 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 아니합니다.

③ 제1항의 암, 상피내암 또는 경계성종양의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 암, 상피내암 또는 경계성종양이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항 내지 제2항에 따라 보장하여 드립니다.

⑤ 제4항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’ 이라 함은 보험계약의 자동갱신에 따라 최초 청약일부터 보험계약의 연속되는 기간이 5년을 지난 것을 말하며 보통약관 제17조(계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 보험료분납특별약관에 따라 보험료를 나누어 내는 계약인 경우 보험료의 납입연체로 인한 계약의 해지후 보험료분납특별약관 제4조(계약의 부활)에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제5항의 최초 청약일로 적용합니다.

제2조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관 계약에 있어서 “암” 이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 제외합니다.

② 이 특별약관 계약에 있어서 “기타 피부암” 이라 함은 제1항에서 정한 “암” 중에서 【별표3】(악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관 계약에 있어서 “상피내암” 이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표4】(상피내의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관 계약에 있어서 “경계성종양” 이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표5】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

⑤ 암, 상피내암 또는 경계성종양의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissues), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험나이의 계산)

① 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

② 제1항에 따라 계산된 보험나이가 계산착오로 피보험자(보험대상자)의 실제나이와 차이가 있는 경우에 실제나이가 이 보험의 가입나이 범위내일 경우에는 실제 나이에 의하여 계약된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

<보험나이 계산 예시>

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일
⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제4조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관 제1조(보상하는 손해)에서 정한 암(기타피부암제외), 상피내암, 기타피부암 또는 경계성종양 손해를 각 1회씩 모두 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸되며, 암(기타피부암제외)에 대한 보상이 이루어진 경우에는 보험기간이 만료된 후 이 특약에 대한 갱신은 이루어지지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

()보험금만의 지급 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 ()약관에 관계없이 ()보험금만을 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 ()약관을 따릅니다.

부부계약 특별약관

제1조(피보험자(보험대상자)의 범위)

회사는 이 특별약관에 의하여 피보험자(보험대상자) 본인(이하 “본인” 이라 합니다) 및 보험증권(보험가입증서)에 기재된 본인의 배우자를 ()약관 제()조(보상하는 손해)의 피보험자(보험대상자)로 합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 ()약관을 따릅니다.

가족계약 특별약관

제1조(피보험자(보험대상자)의 범위)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 피보험자(보험대상자) 본인(이하 “본인” 이라 합니다) 및 보험증권(보험가입증서)에 기재된 본인의 가족을 ()약관 제()조(보상하는 손해)의 피보험자(보험대상자)로 합니다.

② 제1항의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 본인의 배우자
2. 본인과 생계를 같이하는 본인 및 배우자의 부모
3. 본인과 생계를 같이하는 미혼자녀

③ 제2항의 본인과 본인 이외의 가족과의 관계는 사고 발생 당시의 관계를 말합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 ()약관을 따릅니다.

신용카드이용 보험료납입 특별약관

제1조(적용범위)

이 특별약관은 신용카드회사의 카드회원인 계약자가 신용카드를 이용하여 보험료를 납입하는 경우에 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

회사는 이 특별약관에 따라 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정해진 신용카드로써 보험료를 결제하고 카드회사의 승인을 받는 시점을 보험료의 영수시점으로 봅니다.

제3조(사고카드 계약)

- ① 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 때에는 이 계약은 회사의 보장개시일로부터 그 효력을 상실합니다.
- ② 제1항의 사고카드라 함은 유효기간이 경과한 카드, 위조변조된 카드, 무효 또는 거래정지 통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드 등을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

보험료분납 특별약관

제1조(보험료의 분납)

계약자는 이 특별약관에 따라 보험료를 ()회 나누어 회사에 납입합니다.

제2조(분할보험료의 납입)

- ① 계약자는 분납보험료를 다음 방법에 따라 정한 날짜까지 납입하여야 합니다.

분할 회수	분납보험료 및 납입시기	
	제1회 분납보험료	제2회 이후 분납보험료
2회	계약을 체결할 때 연납보험료의 1/2	제1회 분납보험료를 납입한 날로부터 6개월이 경과한 보험증권(보험가입증서)에 기재된 납입기일 안에 보험료의 1/2
4회	계약을 체결할 때 연납보험료의 1/4	제1회 분납보험료를 납입한 날로부터 매 3개월마다 보험증권(보험가입증서)에 기재된 납입기일 안에 3회에 걸쳐 매회, 보험료의 1/4
12회	계약을 체결할 때 연납보험료의 1/12	제1회 분납보험료를 납입한 날로부터 매월 보험증권(보험가입증서)에 기재된 납입기일 안에 11회에 걸쳐 매회, 보험료의 1/12

- ② 보험기간이 시작된 후라도 제1항의 제1회 분납보험료를 납입하기 전에 생긴 사고는 보상하지 않습니다.

제3조(보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지)

- ① 회사는 제2회 이후의 분납보험료가 제2조(분할보험료의 납입)에서 정한 기일까지 납입되지 않았을 때에는 다음달 말일까지 납입최고기간으로 하며, 납입최고기간 내에 생긴 사고에 대하여는 보상하여 드립니다.
- ② 회사는 납입최고기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 수익자 포함)에게 계약의 해지를 예고하고, 그 후 계약자가 보험료를 납입최고기간의 만료일까지 납입하지 아니하면 납입최고기간이 끝나는 날의 다음 날부터 이 계약은 해지됩니다.

제4조(계약의 부활)

- ① 계약의 효력상실 후 30일 안에 계약자가 계약의 부활을 청구하고 미납입된 보험료를 납입한 때에는 계약은 유효하게 계속됩니다.
- ② 제1항의 경우 계약이 효력상실된 때로부터 미납입보험료를 영수한 날의 24시까지 생긴 사고에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(추가보험료의 납입)

- ① 회사가 보통약관 제16조(계약후 알릴 의무)로 인하여 발생한 추가보험료를 청구하였을 때에는 계약자는 그 전액을 일시불로 납입하여야 합니다.
- ② 계약자가 제1항의 추가보험료 납입을 대만히 하였을 때에는 회사는 추가보험료 영수전에 발생한 사고의 손해에 대한 보험금은 계약사항 변동전 계약에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(미납입보험료의 공제)

회사가 계약에 따라 보험금을 지급하는 경우 보험금이 이미 받은 보험료를 넘을 때에는 미납입보험료 전액을 공제한 잔액을 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

계약자는 보험료분납 특별약관에 의하여 보험료를 분납하는 경우 제2회차 이후의 보험료를 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행 지정계좌를 이용하여 자동납입합니다.

제2조(자동납입 신청)

계약자는 보험계약과 동시에 계약자의 거래은행 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입하는 별첨 신청서를 작성합니다.

제3조(보험료의 영수)

자동납입일자는 보험계약 청약서에 기재된 보험료 납입 해당일에도 불구하고 해당월의 계약자가 희망하는 일자에 회사와 합의하는 일자로 합니다.

제4조(계약후 알릴 의무)

계약자는 거래은행 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 즉시 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동갱신 특별약관

제1조(적용범위)

이 특별약관은 회사와 계약자간에 보험계약의 자동갱신에 대하여 합의가 되었을 때에 적용합니다.

제2조(보험계약의 갱신)

① 보험계약이 다음 각 호의 조건을 충족하는 경우에는 보험계약의 만기일의 15일 전까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 내용(이하 『갱신전 보험계약』이라 합니다)과 동일한 내용으로 보험계약의 만기일의 다음날(이하 『갱신일』이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 보험계약(이하 『갱신보험계약』이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
3. 갱신전 보험계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
4. 갱신전 보험계약의 소멸사유에 해당하지 않을 것

② 상기 1항에도 불구하고 갱신전 보험계약의 특약중 ‘손해보상후의 계약’ 조항에 따라 특약이 소멸된 경우 또는 갱신이 제한된 경우 해당 특약을 제외하고 갱신됩니다.

③ 제1항 및 제2항에 의하여 이 보험계약이 자동갱신된 경우에는 회사는 보험증권(보험가입증서)을 계약자에게 드립니다.

제3조(납입최고와 계약의 해지)

① 계약자가 자동갱신된 보험료를 당해 계약의 약정한 기일까지 납입하지 않았을 때에는 다음 달 말일까지 납입최고기간으로 하며, 납입최고기간 내에 생긴 사고에 대하여는 보상하여 드립니다.

② 회사는 납입최고기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 수익자 포함)에게 계약의 해지를 예고하고, 그 후 계약자가 보험료

를 납입최고기간의 만료일까지 납입하지 아니하면 납입최고기간이 끝나는 날의 다음 날부터 이 계약은 해지됩니다.

제4조(갱신 적용)

- ① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우에는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 피보험자(보험대상자)가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면으로 안내하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표1】

장애분류표

Ⅰ 총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장애 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애 지급률로 정합니다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ✕ 손가락 ✕ 발가락 ✕ 흉·복부 장기 및 비노생식기 ✕ 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 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 간병여부 ② 객관적 이유 및 간병의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

㉔ 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) “ 0.06 ”	25
5) “ 0.1 ”	15
6) “ 0.2 ”	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장애정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하

여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자(보험대상자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
- 2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때” 라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
- 3) “심한 장애를 남긴 때” 라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “약간의 장애를 남긴 때” 라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 어음향방사검사” 등을 추가실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- 1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때” 라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로 평가한다.

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

- 1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 2) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애와 각각 더하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(口, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ)
 - ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
- 6) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장애로 평가한다.

- 9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
- 10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
- 3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/2이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)

- ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
- ③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/4이상 결손

2) 머리

- ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
- ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 3) 심한 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
- 4) 뚜렷한 운동장애
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태

② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때

5) 약간의 운동장애

척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태

6) 심한 기형

척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

7) 뚜렷한 기형

척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 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 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우

12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장애 및 기형 장애로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일 부위로 한다.

2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.

① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정 유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태

- ② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정된 각 변형이 20° 이상인 경우
- 3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때” 라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정된 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “팔” 이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절” 이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때” 라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “연구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때” 라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)” 인 경우
 - 나) “심한 장애” 라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
- ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
다) “뚜렷한 장애” 라 함은
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) “약간의 장애” 라 함은
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) “뼈에 기형을 남긴 때” 라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1상지(팔과 손가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 팔의 3대 관절중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10)한다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11)한다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12)한다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후

의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.

3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.

4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.

5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.

6) 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은

① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우

나) “심한 장애”라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우

다) “뚜렷한 장애”라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) “약간의 장애”라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

7) "가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.

다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리과 발가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

2) 한 다리의 3대 관절중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우

지급률은 각각 적용하여 더한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1손가락 마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) “손가락을 잃었을 때” 라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때” 라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
- 5) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 더하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) “발가락을 잃었을 때” 라 함은 첫째 발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 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 발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능 영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애의 판정기준

- 1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

- ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
- ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표” 에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10 ~ 100
2) 정신행동에 극심한 장애가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장애가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장애가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

① “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

② 위 ①의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장애로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.

그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장애 평가를 유보한다.

⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 상기 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

㉠ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영(MRI), 뇌전산화촬영(CT), 뇌파 등을 기초로 한다.

㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술

- 감정의의 추정 혹은 인정

- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)

- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

⑧ 정신 및 행동장애의 경우 간병인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 간병의 내용에서는 생명유지를 위한 간병과 행동 감시를 위한 간병을 구별하여야 한다.

3) 치매

① “치매”라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

① “간질” 이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

② “심한 간질 발작” 이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ “뚜렷한 간질 발작” 이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ “약간의 간질 발작” 이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ “중증발작” 이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

⑥ “경증발작” 이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none">- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%)- 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 방밖을 나올 수 없는 상태(30%)- 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%)- 독립적인 보행은 가능하나 과행이 있는 상태, 난간을 잡지않고 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none">- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%)- 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할수 없는 상태(15%)- 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%)- 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	<ul style="list-style-type: none">- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(20%)- 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(15%)- 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%)- 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	<ul style="list-style-type: none">- 다른 사람의 지속적인 도움없이 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%)- 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%)- 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	<ul style="list-style-type: none">- 다른 사람의 지속적인 도움없이 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%)- 다른 사람의 지속적인 도움없이 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%)- 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

【별표2】

질병입원의료비(365일 한도)에서 보상하지 아니하는 질병

질병입원의료비담보 특별약관에서 면책질병으로 규정하는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 주로 성행위로 전파되는 감염(A50~A64)	
- 선천성 매독	A50
- 조기 매독	A51
- 만기 매독	A52
- 기타 및 상세불명의 매독	A53
- 임균성 감염	A54
- 클라미디아 림프육아종(성병성)	A55
- 기타 성행위로 전파되는 클라미디아성 질환	A56
- 무른궤양(연성하감)	A57
- 샬(서혜)육아종	A58
- 편모충증	A59
- 항문성기의 헤르페스바이러스[단순 헤르페스] 감염	A60
- 달리 분류되지 않은 주로 성행위로 전파되는 기타 질환	A63
- 상세불명의 성행위로 전파되는 기타 질환	A64
2. 정신과질환 및 행동장애(F00~F99) 단, 치매(F00~F03)는 보상	
- 증상성을 포함하는 기질성 정신 장애	F04~F09
- 정신활성 물질의 사용에 의한 정신 및 행동장애	F10~F19
- 정신분열증, 분열형 및 망상성 장애	F20~F29
- 기분[정동] 장애	F30~F39
- 신경증적, 스트레스와 연관된, 신체형 장애	F40~F48
- 생리적 장애 및 신체적 요인들과 연관된 행동 증후군	F50~F59
- 성인 인격 및 행동 장애	F60~F69
- 정신 발육지연	F70~F79
- 정신 발달 장애	F80~F89
- 소아기 및 청소년기에 주로 발생하는 행동 및 정서 장애	F90~F98
- 상세불명의 정신 장애	F99
3. 신경계의 질환(G00~G99) 단, 중추신경계의 염증성 질환(G00~G09), 파킨슨병(G20), 알츠하이머병(G30), 수두증(G91)은 보상	
- 일차적으로 중추신경계에 영향을 주는 전신성 위축	G10~G13
- 추체외로 및 운동장애	G20~G26

대상질병	분류번호
- 신경계통의 기타 퇴행성 질환	G30-G32
- 중추신경계통의 탈수초성 질환	G35-G37
- 우발적 및 발작적 장애	G40-G47
- 신경, 신경뿌리 및 신경얼기 장애	G50-G59
- 다발성 신경병증 및 말초신경계통의 장애	G60-G64
- 근신경 이행부 및 근육의 질환	G70-G73
- 뇌성마비 및 기타 마비성 증후군	G80-G83
- 신경계의 기타 장애	G90-G99
4. 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환	
- 치질	I84
- 항문 및 직장부의 열구 및 셋길(누공)	K60
- 항문 및 직장부의 고름집(농양)	K61
- 항문 및 직장의 기타 질환	K62
- 비뇨기계통의 기타 장애	N39
5. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)	
- 치아의 발육 및 맹출(이동이) 장애	K00
- 매몰치 및 매복치	K01
- 치아우식증	K02
- 치아경조직의 기타 질환	K03
- 치수 및 치근단주위 조직의 질환	K04
- 치은염(잇몸염) 및 치주질환	K05
- 치은(잇몸) 및 무치성 치조융선(이틀융기)의 기타 장애	K06
- 치아안면이상[부정교합을 포함]	K07
- 치아 및 지지구조의 기타 장애	K08
6. 요추 및 기타 추간판 장애(디스크)(M50~M51)	
- 목뼈원판 장애	M50
- 기타 추간판 장애	M51
7. 여성생식기의 비염증성 장애	
- 습관성 유산자	N96
- 여성 불임증	N97
- 인공 수정과 관련된 합병증	N98
8. 임신, 출산 및 산후기(000~099)	000~099
9. 선천성기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)	Q00~Q99
10. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과 (S00~T98)	S00~T98

제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표3】

악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15~C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물(암)	C30~C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45~C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60~C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물(암)	C69~C72
12. 갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물(암)	C73~C75
13. 불명확한, 속발성 및 상세불명부위의 악성신생물(암)	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물(암)	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식성 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
20. 림프종 모양 구진증	L41.2

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표4】

상피내의 신생물 분류표

약관에서 규정하는 상피내암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표5】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 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. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 단클론성 감마병증	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
14. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포 조직구증	D76.0

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표6】

뇌졸중 분류표

약관에서 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
·거미막밑 출혈	I60
·뇌내출혈	I61
·기타 비외상성 머리내 출혈	I62
·뇌경색증	I63
·대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
·대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66

제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 뇌졸중에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표7】

급성심근경색증 분류표

약관에서 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
·급성심근경색증	I21
·속발성 급성심근경색증	I22
·급성심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 급성심근경색증에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표8】

부인과질환 분류표

약관에서 규정하는 부인과질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류코드
·상피내의 신생물	D00 ~ D09
·양성 신생물	D10 ~ D36
·행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37 ~ D44, D47.0, D47.2, D47.7, D47.9, D48, D76.0
·유방의 장애	N60 ~ N64
·여성 골반내 장기의 염증성 질환	N70 ~ N77
·여성 생식기의 비염증성 장애 (습관성 유산자 제외) (여성불임증 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외)	N80 ~ N95

제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 부인과질환에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표9】

여성만성질환 분류표

약관에서 규정하는 여성만성질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
골다공증	·병적골절을 동반한 골다공증	M80
	·병적골절이 없는 골다공증	M81
	·달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	·뼈 연속성의 장애	M84
관절염	·관절병증	M00 ~ M25

제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 여성만성질환에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표10】

교통사고 처리 특례법 제3조 2항 단서

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따를 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 규정에 위반하여 중앙선을 침범하거나 동법 제62조(횡단 등의 금지)의 규정에 위반하여 횡단·유턴 또는 후진한 경우
3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항의 규정에 의한 제한속도를 매시 20킬로미터를 초과하여 운전한 경우
4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항, 제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소), 제23조(끼어들기의 금지) 또는 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항의 규정에 의한 앞지르기의 방법·금지시기금지장소 또는 끼어들기의 금지에 위반하여 운전한 경우
5. 도로교통법 제24조(철길건널목의 통과)의 규정에 의한 건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항의 규정에 의한 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지), 건설기계관리법 제26조(건설기계조정사면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차등의 운전)의 규정에 위반하여 운전면허 또는 건설기계 조종사 면허를 받지 아니하거나 국제 운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우, 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사 면허의 효력이 정지중에 있거나 운전의 금지중에 있는 때에는 운전면허 또는 건설기계 조정사면허를 받지 아니하거나 국제 운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 도로교통법 제44조(술이 취한 상태에서의 운전금지) 제1항의 규정에 위반하여 술이 취한 상태에서 운전을 하거나 동법 제45조(과로한 때 등의 운전금지)의 규정에 위반하여 약물의 영향으로 정상적인 운전을 하지 못할 염려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항의 규정에 위반하여 보도가 설치된 도로의 보도를 침범하거나, 동법 제13조(차마의 통행) 제2항의 규정에 의한 보도횡단방법에 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항의 규정에 의한 승객의 추락방지 의무를 위반하여 운전한 경우

【별표 11】 임신, 출산 및 산후기 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 임신, 출산 및 산후기로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 유산된 임신	000 ~ 008
2. 임신, 출산 및 산후기에서의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	010 ~ 016
3. 주로 임신과 관련된 기타 모성 장애	020 ~ 029
4. 태아와 양막강 및 가능한 분만 문제와 관련된 산모 관리	030 ~ 048
5. 진통 및 분만의 합병증	060 ~ 075
6. 분만	080 ~ 084
7. 주로 산후기와 관련된 합병증	085 ~ 092
8. 달리 분류되지 않은 기타 산과적 병태	095 ~ 099

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기질병 이외에 약관에서 규정하는 임신, 출산 및 산후기에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.