

CHUBB®

무배당 Chubb 한방치료보장보험Ⅱ(갱신형)2404
2종(최대보장기간 10년)

약관 이용 Guide Book



이 가이드 북은 보험약관의 개념 및 구성 등을 간략하게 소개하고, 소비자가 약관 주요내용 등을 쉽게 찾고 이해할 수 있는 방법을 안내하기 위하여 제작되었습니다.



1

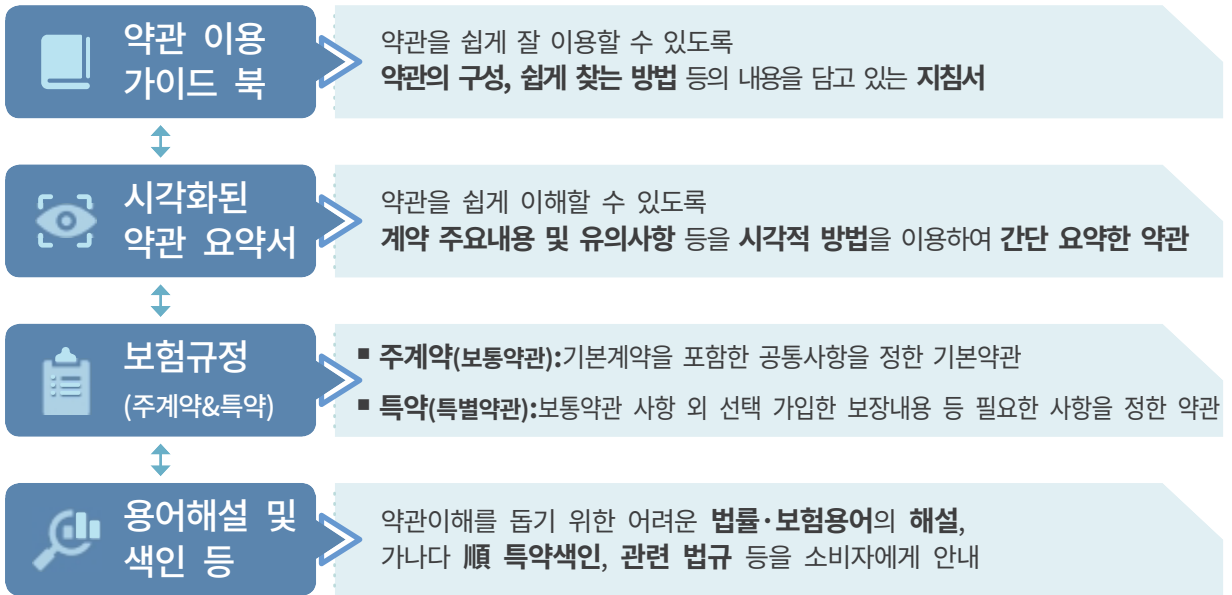
보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자와 보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.

특히, **청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항** 등 보험계약의 **중요사항**에 대한 설명이 들어 있으니 **반드시 확인**하셔야 합니다.

2

한눈에 보는 약관의 구성



3

QR코드를 통한 편리한 정보이용



QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하면 상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상



보험금 지급절차



전국 지점



4

약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관기준)

보험약관 핵심사항 등과 관련된 **해당 조문, 쪽수 및 영상자료** 등을 안내드리오니, 보험회사로부터 약관을 수령한 후, 해당 내용을 반드시 **확인·숙지**하시기 바랍니다.

1 보험금 지급 및 지급제한 사항

제3조(보험금의 지급사유),
제6조(보험금을 지급하지 않는
사유)

P2
P3



영상자료

*본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 「보험금 지급사유 및 미지급사유도 반드시 확인할 필요가 있음

2 청약철회

제20조(청약의 철회)

P9



영상자료

3 계약취소

제21조(약관의 교부 및 설명의무
등)

P9



영상자료

4 계약 무효

제22조(계약의 무효)

P10



영상자료

5 계약 전 알릴 의무

제15조(계약 전 알릴 의무)

P6



영상자료

6 계약 후 알릴 의무

제16조(상해보험계약 후
알릴 의무)

P6



영상자료

7 보험료 연체 및 해지

제32조(보험료의 납입이
연체되는 경우 납입최고와
계약의 해지)

P13



영상자료

8 부활(효력회복)

제33조(보험료의 납입을
연체하여 해지된 계약의 부활)

P13



영상자료

9 해약환급금

제35조(계약자의 임의해지 및
피보험자의 서면동의 철회),
제35조의 2(위법계약의 해지),
제38조(해약환급금)

P14
P15



영상자료

10 보험계약대출

제39조(보험계약대출)

P15



영상자료

5

약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 **7가지 꿀팁**을 활용하시면 약관을 보다 **쉽고 편리하게** 이용할 수 있습니다.

1 시각화된 '**약관 요약서**'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다. **→ 약관 요약서 P5**

2 '**약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기**'를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다. **→ 약관 이용 가이드 북 P3**

3 '**가나다 순 특약색인**'을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다. **→ 약관 본문 P96**
*주 계약에 부가된 **특약**은 자유롭게 **가입**(의무특약 제외)할 수 있고 **가입특약**에 한해 **보장**받을 수 있음

4 약관 내용 중 어려운 보험용어는 **보통약관 제2조(용어의 정의), 약관 본문 Box안 예시** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다. **→ 약관 본문 P1**

5 스마트폰으로 **QR코드**를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내받을 수 있습니다. **→ 약관 이용 가이드 북 P2**

6 '**별표'항목**을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다. **→ 약관 본문 P68**

7 약관조항 등이 **음영·컬러화** 되거나 **진하게** 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

6

기타문의 사항

※기타 문의사항은 당사 **홈페이지(www.chubb.com)**, **고객 콜센터(1566-5800)**로 문의 가능

※보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 **금융감독원 금융소비자정보 포털(FINE, fine.fss.or.kr)**에서 확인 가능

무배당 Chubb 한방치료보장보험Ⅱ(갱신형)2404
2종(최대보장기간 10년)

쉽게 이해하는 약관 요약서



이 요약서는 그림·도표·아이콘·삽화 등 시각화된 자료를 바탕으로 보험 상품 및 약관의 핵심내용을 알기 쉽게 작성한 것입니다. 더욱 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.

※ 이 요약서의 내용을 이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익을 받을 수 있으므로, 동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.

1. 보험계약의 개요



- 보험회사명: 에이스아메리칸화재해상보험주식회사
- 보험상품명: 무배당 Chubb 한방치료보장보험 II (갱신형)2404 2종(최대보장기간 10년)
- 보험상품의 종류: 장기기타보험

01. 상품의 주요 특징

1 하나의 상품으로 한방과 양방을 동시보장

입원, 수술 및 후유장애 등 꼭 필요한 보장에 대해 하나의 상품으로 한방과 양방을 동시에 보장하는 상품입니다.

2 갱신형

연령의 증가, 위험률 변동 등의 요인으로 보험료가 인상될 수 있는 갱신형 상품입니다.



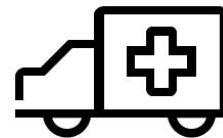
3 주요 보장 내용



주요한방치료보장
한방 입원보장 (특약 가입시)
수술 후 한방치료비용 (특약 가입시)



암진단 (특약 가입시)
뇌출혈진단 (특약 가입시)
급성심근경색증 진단 (특약 가입시)

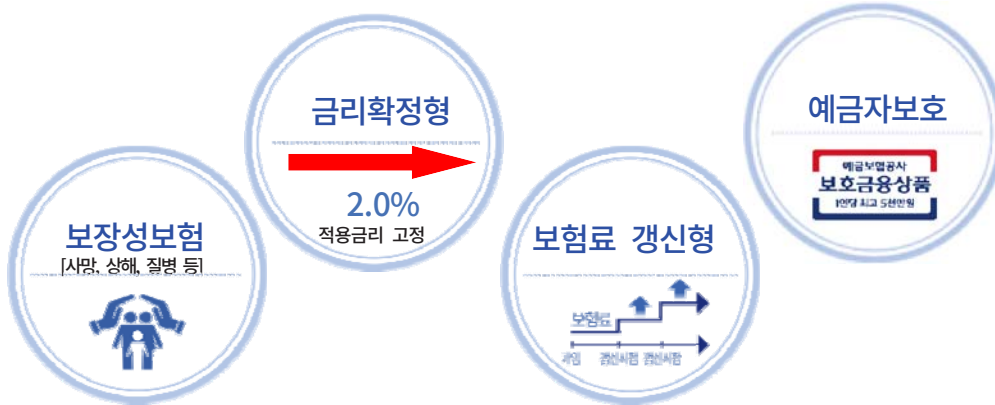


상해후유장애보장 (특약 가입시)
응급실내원비용 (특약 가입시)

02. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 Chubb 한방치료보장보험 II (갱신형)2404 2종

- ① 무배당: 계약자에게 배당하지 않는 상품입니다.
- ② 한방치료: 침, 뜸, 부항, 추나치료 등 독립적인 한방치료와 한방병원 입원, 수술 후 첩약비용 등 양한방 연계 담보를 함께 제공하는 상품입니다.
- ③ 갱신형: 보험계약 갱신 시 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있습니다.



II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



01. 보험금 지급제한 사항

! 이 보험에는 **보장한도, 감액지급 및 면책기간 등 보험금 지급제한 조건**이 부가되어 있습니다. 보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.
주의

✓ 보장한도

보장한도

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

보험금 지급한도 적용

■■■ 지급한도 적용 담보

구분		보장한도	
주요한방치료보장 II	최초계약	1년미만	1일 1회, 연간 10회 한도로 보장
		1년이상	1일 1회, 연간 20회 한도로 보장
	갱신계약	1일 1회, 연간 20회 한도로 보장	
입원보장(4일이상 30일한도)		4일이상 30일 한도로 보장	
한방의료기관 입원보장(4일이상 30일한도)			
중환자실 입원보장(1일이상 180일한도)		1일이상 180일 한도로 보장	
질병중환자실 입원보장(1일이상 180일한도)			
호흡기관관련 질병중환자실 입원보장(1일이상 180일한도)			
수술 후 한방첩약비용보장		1수술당 1회 한도로 보장	
암진단보장		최초 1회에 한하여 보장	
고액치료비암진단			
뇌출혈진단보장			
급성심근경색증진단보장			
상해사망보장			
상해 80%이상 후유장해보장		연간 1회에 한하여 보장	
상해 50%이상 후유장해보장			
아나필락시스쇼크(연간 1회한)진단		1상해당 10회 한도로 보장	
상해 20%이상 후유장해 특정비급여한방치료보장			
암 한방첩약비용보장		3회 한도로 보장	
뇌출혈 한방첩약비용보장			
급성심근경색증 한방첩약비용보장			

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

✓ 감액지급

감액지급

50%
[2년 이내]

이 보험에는 **일정기간 보험금이 일부만 지급(감액지급)**되는 담보가 있습니다.

■■■ 감액지급 적용 담보

구분	감액 기간 및 비율
암진단보장	계약일로부터 2년 이내 50% 감액
고액치료비암진단보장	
뇌출혈진단보장	
급성심근경색증진단보장	

✓ 면책기간

면책기간

보험금
미지급

이 보험에는 **보험금이 지급되지 않는 기간(면책기간)**이 설정된 담보가 있습니다.

■■■ 면책기간 적용 담보

구분	면책 기간	
주요한방치료보장 II (상해를 직접적인 원인으로 주요한방치료 받은 경우 면책 제외)	계약일로부터 90일 간 보장 제외	
암진단보장		암(특정소액암 제외)
암한방첩약비용보장		일반암
고액치료비암진단보장		

02. 해약환급금에 관한 사항

○ 보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해약환급금**을 지급합니다.



주의

해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.

※ 해약환급금은 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비와 경과된 기간동안 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 산정됩니다.

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

03. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

① 보장성보험



주의

- ① 이 보험은 질병이나 상해에 대한 위험 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**
- ② 이 보험은 **만기환급금 30만원**을 보험기간이 끝나는 때에 지급합니다.
- ③ 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 없거나 적을 수 있습니다.

② 금리확정형보험



주의

- ① 이 보험의 **보험료 적립금 산출**에 적용되는 **이율**은 **연복리 2.0%**입니다.
- ② 동 이율은 '보장부분 적용이율'이라고 하며, 보험료 납입 시점과 보험금 지급 시점 사이에 시차가 발생하므로 이 기간동안 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인하는 할인율을 말합니다.

③ 갱신형보험



주의

- ① 이 보험에는 갱신 시 보험료가 변동되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.
- ② 갱신형 계약은 **갱신할 때 마다** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 **보험료가 인상**될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.
- ③ **기본계약 및 전 특별약관**은 매 **5년마다 갱신**되며, 최대보장기간 내에서 자동 갱신됩니다.

④ 예금자보호제도에 관한 사항



주의

- ① 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.
- ② 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금 보호 대상 금융상품의 해약환급금(또는 만기 시 보험금이나 사고보험금)에 기타지급금을 합하여 **1인당 "최고 5천만원"**이며, **5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.**
- ③ 다만, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인인 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하지 않습니다.

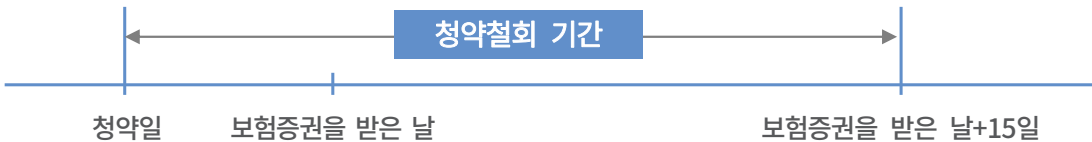
III. 보험계약의 일반사항



01. 청약을 철회할 수 있는 권리

주계약(보통보험)약관 제 20조

- 보험계약자는 **보험증권을** 받은 날부터 **15일 이내**에 보험계약의 **청약**을 **철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



주의

청약일 보험증권을 받은 날

보험증권을 받은 날+15일

[청약철회가 불가능한 경우]

- ① **청약일**부터 **30일**(만65세 이상 보험계약자&전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우
- ② **회사가 건강상태 진단을 자원하는 계약**, 보험기간이 **90일 이내인 계약** 또는 **전문금융소비자**가 체결한 계약 (단, 의무보험의 경우에는 철회의사를 표시한 시점에 다른 동종의 의무보험에 가입된 경우에만 철회가 가능합니다.)

※ **전문금융소비자**는 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 구체적인 범위는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 바에 따릅니다. **일반금융소비자**는 전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

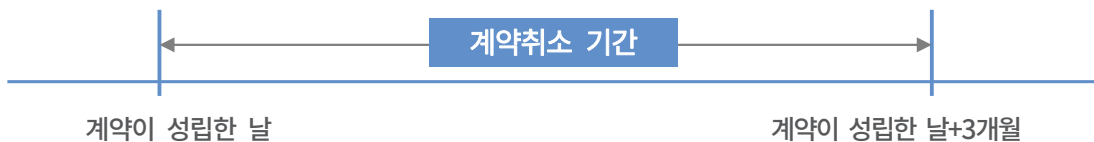
02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

주계약(보통보험)약관 제 21조

- 보험계약자는 다음에서 계약이 성립한 날부터 **3개월 이내**에 **계약**을 **취소**할 수 있습니다.

- 보험계약을 청약할 때 **보험약관** 및 **보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우
- 보험약관의 중요내용**을 설명 받지 못한 경우
- 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우

<계약취소 시 지급하는 금액>
납입한 보험료 + 이자



민원 사례

A씨는 계약체결 후 등기우편을 통해 보험안내자료를 수령하였으나 계약체결 4개월 이후 다시 연락하여 보험안내자료를 받지 못하였다고 주장하며 계약 취소를 요구



➔ 보험회사는 **약관 상 계약의 취소를 요청할 수 있는 기간인 3개월을 경과하였으며, 계약자가 우편물(가입서류)을 수령한 것으로 확인되어 계약취소의 사유가 존재하지 않으므로 계약취소는 어려움을 안내**



03. 보험계약의 무효

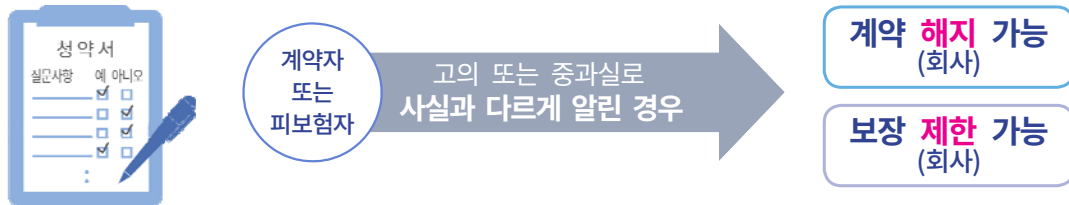
주계약(보통보험)약관 제 22조

- 보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
 - ☑ 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
 - ☑ 만15세 미만자, 임신상실자 또는 임신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자로 지정)로 한 경우
 - ☑ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

04. 보험계약 전 알릴의무 및 위반시 효과

주계약(보통보험)약관 제 15조

- 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 **청약서의 질문사항(중요사항)**에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.



주의

- ① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사에게만 구두로** 알렸을 경우 **보험계약 전 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**
- ② **전화 등 통신수단을 통한 보험계약**의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신하므로** 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

민원 사례



A씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방 받은 사실을 보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채 OO질병보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 당뇨병으로 통원치료를 받아 보험금을 청구

➔ 보험회사는 **보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내**

법률 지식

[대법원 2007.6.28.선과 2006다59837]

일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수행할 권한이 없음



05. 보험계약 후 알릴의무 및 위반시 효과

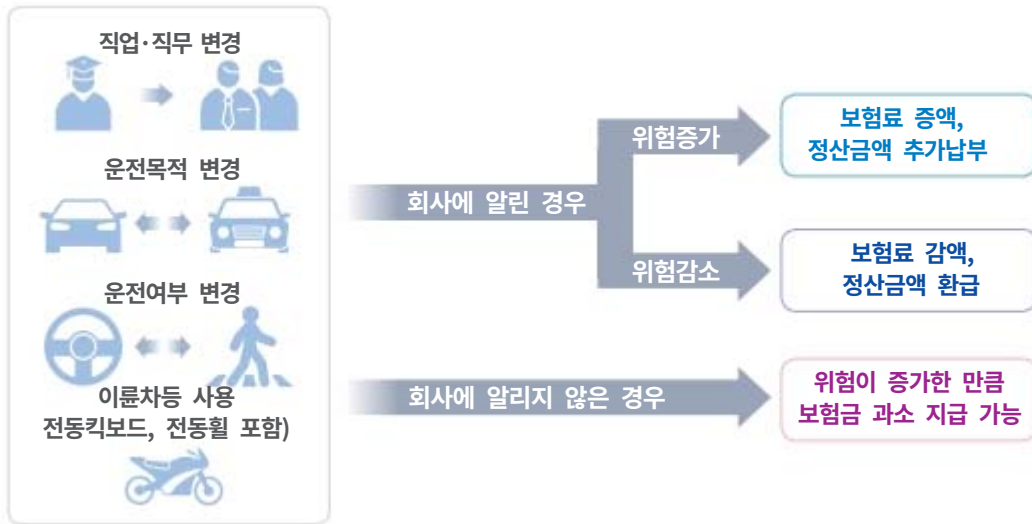
주계약(보통보험)약관 제 16조

○ 보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무변경 등이 발생한 경우 지체없이** 보험회사에 알려야 하며, 이를 **위반하는 경우 보험금 지급이 제한될 수** 있습니다.



주의

- 보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로
- ① 위험이 감소한 경우 보험료를 감액하고 정산금액을 환급하여 드리며,
 - ② 위험이 증가한 경우 보험료가 증액되고 정산금액의 추가 납입이 필요할 수 있습니다.



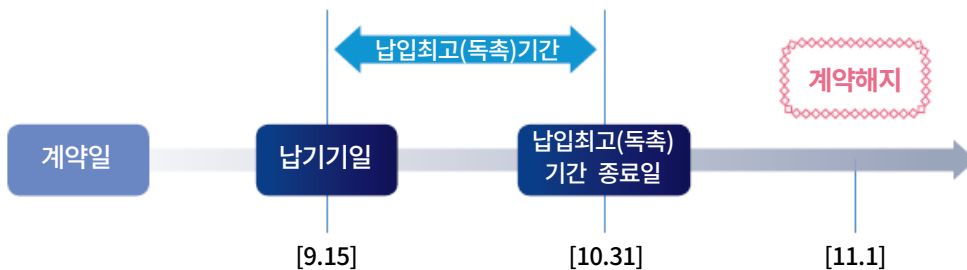
06. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

주계약(보통보험)약관 제 32조

○ 보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, **납입최고(독촉) 기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지**됩니다.

*납부최고(독촉)기간:14일 이상(보험기간 1년 미만인 경우 7일 이상)

<예시>



납입최고(독촉)기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지됩니다.





민원 사례

A씨는 보험료 납입독촉(실효예고)을 유선 상으로 통지 받았으나, 보험료 납입을 하지 않아 계약 해지처리 불만 접수



→ 해당 계약은 계속보험료가 납부되지 않아 보험계약이 해지되었으며 **유지를 원하는 경우 부활청약을 통해 부활심사 가능 안내**

07. 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

주계약(보통보험)약관 제 33조

- 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 **해약환급금을 받지 않은 경우** 해지된 날부터 **3년 이내**에 보험계약의 **부활(효력회복)을 청약**할 수 있습니다.



보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)을 거절**하거나 **보장의 일부**를 **제한**할 수 있습니다.



08. 보험계약대출

주계약(보통보험)약관 제 39조

- 보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.



- ① **상환하지 않은 보험계약대출금** 및 **이자**는 **해약환급금** 또는 **보험금**에서 **차감**될 수 있습니다.
- ② **순수보장성보험** 등 보험상품 종류에 따라 **보험계약대출**이 **제한**될 수 있습니다.
- ③ 보험계약자는 대출신청 전에 **보험계약대출이율**을 반드시 **확인**하시기 바랍니다.

<예시>

해약환급금	환급금 내역서			실 수령액
	원금	이자	계	
1,000만원	500만원	5만원	505만원	495만원



09. 보험금 청구절차 및 서류

주계약(보통보험)약관

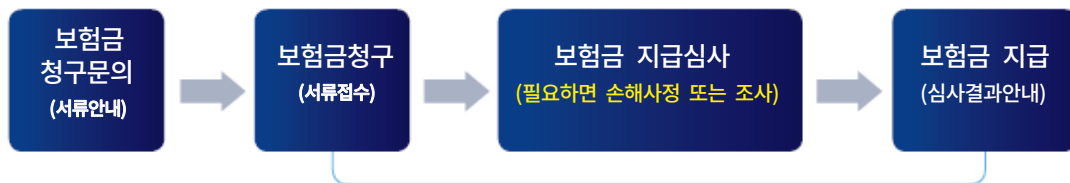
제 9조

- 보험금은 청구서류 접수일부터 **3영업일(재물, 배상책임 관련 보장은 7영업일)이내** 지급하는 것이 원칙입니다.



주의

- ① **보험금 지급사유**의 조사·확인이 필요한 경우, 지급예정일이 늦춰질 수 있고 이때의 지급예정일은 청구서류 접수일부터 **30영업일 이내**에서 정합니다.
- ② **추가조사가 이루어지는 경우**, 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 **보험금의 50% 상당액**을 가지급보험금으로 지급합니다.



청구서류 접수일부터 지급일까지 3영업일
(재물, 배상책임 관련 보장은 7영업일)이내
(조사 등이 필요한 경우 최대 30영업일)

III. 보험계약의 일반사항



하기 필요서류 목록은 소비자의 편의를 위해 **간소화하여 정리된** 내용입니다. 사고 내용, 특성, 보장내용에 따라 조사여부가 결정될 수 있고, 필요서류가 달라지거나 **주의** 추가될 수 있으므로 **발급 전 반드시 보험회사 콜센터 또는 심사담당자와 상의**하여 주시기 바랍니다.

1. 상해·질병사고

구분	구비서류
공통서류	① 보험금 청구서 (개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 포함) ② 청구인(피보험자) 신분증 사본
사망	① 사망진단서(시체검안서) 원본 ② 피보험자 기본증명서(사망사실 기재)가 첨부된 사망진단서 사본
입원일당	*진단명(질병분류코드)·입원기간이 포함된 서류 ① 입·퇴원확인서 ② 진단서
후유장해	후유장해진단서 *일반진단서로 대체가 가능한 경우 : (일반)진단서
진단	최종진단서(진단명, 질병분류코드, 진단일자 포함) *골절, 암, 뇌졸중, 심근경색 등 종류에 따라 요구하는 추가서류 상이하므로 반드시 담당자와 상의
수술	*진단명, 수술명, 수술일자가 포함된 서류 ① 진단서 ② 수술확인서
질병생활보장연금 (질병재활치료비)	① 후유장해진단서(장애인등록용) ② 장애인등록증 사본 및 확인원
상해생활보장연금 (상해재활치료비)	후유장해진단서

✓ 계약유지 중 불만사항의 접수

보험계약에 대한 각종 불만사항의 접수는 아래와 같이 다양한 방법으로 가능하며 접수하여 주신 사항에 대해서는 관련부서에 즉시 통보하여 신속하게 처리를 해드리고 있습니다.

- 1) 인터넷 신청: 당사 홈페이지 내 소비자포털(www.chubb.com)
- 2) E-mail 신청: inquiries@chubb.com
- 3) 전화신청: 에이스손해보험 고객센터(1566-5800)
- 4) 팩스 신청: 02-6020-8554
- 5) 방문 및 우편 신청 : (03156)서울시 종로구 삼봉로 48 라이나타워 2층 에이스손해보험 고객센터

「자료열람요구 접수」

분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령에 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함)을 요구할 수 있습니다.

접수 전화 : 에이스손해보험 고객센터 1566-5800

10. 청구권 소멸시효

주계약(보통보험)약관

제 43조

⊙ **보험금청구권**과 **보험료** 또는 **적립금의 반환청구권**은 **3년간** 행사해야 하며, 그렇지 않은 경우에는 **받을 수 없게 됩니다.**

목차

* 본 약관내용 중 보통약관 및 특별약관의 적용은 무배당 Chubb 한방치료보장보험 II (갱신형)2404 2종 (최대보장기간 10년)TM 증권에 명기된 것에 한하여 적용됩니다.

무배당 Chubb 한방치료보장보험 II (갱신형)2404 2종(최대보장기간 10년) 보통약관	1
제 1 관 목적 및 용어의 정의	1
제1조(목적)	1
제2조(용어의 정의)	1
제 2 관 보험금의 지급	1
제3조(보험금의 지급사유)	2
제4조(주요한방치료의 정의)	2
제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)	3
제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)	3
제7조(보험금 지급사유의 통지)	4
제8조(보험금의 청구)	4
제9조(보험금의 지급절차)	4
제10조(만기환급금의 지급)	5
제11조(보험금 받는 방법의 변경)	5
제12조(주소변경통지)	5
제13조(보험수익자의 지정)	5
제14조(대표자의 지정)	6
제 3 관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	6
제15조(계약 전 알릴 의무)	6
제16조(상해보험계약 후 알릴 의무)	6
제17조(알릴 의무 위반의 효과)	7
제18조(사기에 의한 계약)	8
제 4 관 보험계약의 성립과 유지	8
제19조(보험계약의 성립)	8
제20조(청약의 철회)	9
제21조(약관의 교부 및 설명의무 등)	9
제22조(계약의 무효)	10
제23조(계약내용의 변경 등)	10
제24조(보험나이 등)	10
제25조(계약의 자동갱신)	11
제26조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해지)	11
제27조(자동갱신 적용)	11
제28조(계약의 소멸)	11
제 5 관 보험료의 납입	12
제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	12
제30조(제2회 이후 보험료의 납입)	12

제31조(보험료의 자동대출납입)	13
제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	13
제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	13
제34조(강제집행 등으로 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	14
제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	14
제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	14
제35조의 2(위법계약의 해지)	14
제36조(중대사유로 인한 해지)	15
제37조(회사의 파산선고와 해지)	15
제38조(해약환급금)	15
제39조(보험계약대출)	15
제40조(배당금의 지급)	15
제 7 관 분쟁의 조정 등	15
제41조(분쟁의 조정)	15
제42조(관할법원)	16
제43조(소멸시효)	16
제44조(약관의 해석)	16
제45조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	16
제46조(회사의 손해배상책임)	16
제47조(개인정보보호)	16
제48조(준거법)	17
제49조(예금보험에 의한 지급보장)	17
무배당 Chubb 한방치료보장보험 II (갱신형)2404 2종(최대보장기간 10년) 특별약관	18
입원보장 특별약관(4일이상 30일한도)(갱신형)	18
한방의료기관 입원보장 특별약관(4일이상 30일한도)(갱신형)	19
중환자실 입원보장 특별약관(1일이상 180일한도)(갱신형)	21
수술보장 특별약관(동일사고 또는 질병당 1회한)(갱신형)	23
수술 후 한방척약비용보장 특별약관(갱신형)	26
암진단보장 특별약관(갱신형)	29
고액치료비암진단보장 특별약관(갱신형)	32
뇌출혈진단보장 특별약관(갱신형)	34
급성심근경색증진단보장 특별약관(갱신형)	35
암 한방척약비용보장 특별약관(갱신형)	37
뇌출혈 한방척약비용보장 특별약관(갱신형)	42
급성심근경색증 한방척약비용보장 특별약관(갱신형)	44
상해사망보장 특별약관(갱신형)	47
상해 80%이상 후유장해보장 특별약관(갱신형)	49
상해 50%이상 후유장해보장 특별약관(갱신형)	51
상해 20%이상 후유장해보장 특별약관(갱신형)	53
상해 20%이상 후유장해 특정비급여한방치료보장 특별약관(갱신형)	54
아나필락시스쇼크진단(연간 1회한) 및 질병중환자실 입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관(갱신형)	57
특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관	60
보험료 자동납입 특별약관	61
지정대리청구서비스 특별약관	62

장애인전용보험전환 특별약관	63
[부표] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	67
[별표1] 장애분류표	68
<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표	85
[별표2] 악성신생물(암) 분류표	86
[별표3] 제자리신생물 분류표	87
[별표4] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	88
[별표5] 고액치료비암 분류표	89
[별표6] 뇌출혈 분류표	90
[별표7] 급성심근경색증 분류표	91
[별표8] 의료기관의 시설규격	92
[별표9] 특정 신체부위 분류표	93
[별표10] 특정 질병 분류표	94
[별표11] 아나필락시스쇼크 분류표	95
[별표12] 호흡기관련 질병 분류표	95

무배당 Chubb 한방치료보장보험 II (갱신형)2404 2종(최대보장기간 10년) 보통약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

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

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.

마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

나. 장해 : [별표1] '장해분류표'에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】 원금 100원, 연간 10% 이자율을 가정할 때

- 1년 후 : 100원 + (100원 x 10%) = 110원

- 2년 후 : 110원 + (110원 x 10%) = 121원

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.

다. **해약환급금**: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 질병 또는 상해를 직접적인 원인으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 한방병원 또는 한의원에 방문하여 그 치료를 직접적인 목적으로 “주요한방치료”를 받은 경우에는 아래의 세부보장기준에 따라 약정한 주요한방치료보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

〈기본계약(주요한방치료보장Ⅱ 및 만기환급금 30만원) 보험가입금액 30만원 기준〉

주요한방치료보험금 세부보장기준		
주요한방치료의 종류	지급금액	비고
침술, 구술(뜸), 부항술, 특정물리치료	2,500원	1일 1회 제한
약침치료, 추나치료	5,000원	

- ② 피보험자가 두 종류 이상의 “주요한방치료”를 받은 경우에는 지급금액이 높은 치료항목을 기준으로 하여 1일 1회를 한도로 보험금을 지급합니다.

[두 종류 이상의 주요한방치료를 받은 경우 보험금 지급 예시]
- 하루에 침술과 부항술을 동시에 받은 경우 : 2,500원 지급
- 하루에 구술(뜸)과 추나치료를 동시에 받은 경우 : 5,000원 지급
- 하루에 약침치료와 추나치료를 동시에 받은 경우 : 5,000원 지급

- ③ 제1항의 경우 다음을 연간 보장한도로 하여 주요한방치료보험금을 지급합니다.

구분	계약일로부터 경과기간	연간 보장한도
최초계약	1년미만	연간 10회 한도
	1년이상	연간 20회 한도
갱신계약	전기간	연간 20회 한도

- ④ 제3항의 연간 보장한도는 치료 종류 및 진단명(병명)과 관계없이 주요한방치료 횟수를 1일 1회를 한도로 모두 합산하여 적용하며, 피보험자가 연간 보장한도를 초과하여 주요한방치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(주요한방치료의 정의)

- ① 이 약관에 있어서 “주요한방치료”라 함은 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘한의사’라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 상해를 직접적인 원인으로 그 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 한방병원 또는 한의원에서 한의사에 의해 행해지는 침술, 구술(뜸), 부항술, 약침치료, 추나치료 및 특정물리치료를 말합니다.

[침술] 한의학의 기초이론을 근거로 하여 체표상의 일정한 부위에 각종 침을 이용하여 물리적 자극을 주어 생체에 반응을 일으키게 함으로써 질병을 예방, 완화, 치료하는 한의학 의료기술을 말합니다.
[구술(뜸)] 한의학의 기초이론을 근거로 하여 체표상의 일정한 부위에 각종 뜸을 이용하여 물리적 자극을 주어 생체에 반응을 일으키게 함으로써 질병을 예방, 완화, 치료하는 한의학 의료기술을 말합니다.
[부항술] 관내의 공기를 제거하여 음압을 발생시켜 체표에 흡착함으로써 충혈이나 어혈 현상에 의해 질병의 진단, 예방과 치료하는 한의학 의료기술을 말합니다.
[약침치료] 다양한 방법에 의해 제조된 약침액을 질환과 연관된 경혈과 체표촉진에 의해 얻어진 양성반응점(압통점, 아시혈) 및 혈관에 약침주입용 주사기를 사용하여 시술하는 침치료법을 말합니다. 다만, 일반침술, 매선요법, 정안침, 도침요법 및 제스카테라피 등 약물을 투입하지 않는 침 치료는 약침치료에서 제외됩니다.
[추나치료] 손 또는 신체의 일부분을 이용하거나 추나테이블 등의 보조기구를 이용하여 환자의 신체구조에 유효한 자극을 가하여 구조적, 기능적 문제를 치료하는 한방수기요법을 말합니다. 다만, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법, 도인운동요법, 견인요법 등 비수기요법 및 운동요법은 추나치료에서 제외됩니다.

- ② 제1항의 특정물리치료는 아래에 해당하는 치료를 말합니다.
1. 온냉경락요법(경피경근온열요법, 경피적외선조사요법, 경피경근한냉요법)
 2. 경피전기자극요법(TENS)
 3. 경근간섭저주파요법(ICT)
 4. 경근초음파요법(Ultra sound)

[경피경근온열요법] 한의학의 기초이론을 근거로 온습포를 이용하여 경피(피부를 통한)경근에 온열자극을 줌으로써 근골격 질환의 통증을 완화하는 한의학 의료기술을 말합니다.

[경피적외선조사요법] 한의학의 기초이론을 근거로 적외선을 이용하여 특정 혈위 및 경피(피부를 통한)에 온열자극을 줌으로써 근골격질환의 통증을 완화하는 한의학 의료기술을 말합니다.

[경피경근한냉요법] 한의학의 기초이론을 근거로 냉습포를 이용하여 경피(피부를 통한)경근에 한냉자극을 줌으로써 근골격 질환의 통증을 완화하는 한의학 의료기술을 말합니다.

[경피전기자극요법(TENS)] 경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피(피부를 통한)에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

[경근간섭저주파요법(ICT)] 간섭파치료기를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

[경근초음파요법(Ultra sound)] 경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 ‘연간’이라 함은 최초 보험계약일(갱신계약의 경우 갱신일)로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험계약일 또는 갱신일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 계약해당일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 날까지의 기간을 말합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술

12. 정상분만, 치과질환

13. 치료목적이 아닌 단순 보신용 행위

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금 지급사유)에 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제7조(보험금 지급사유의 통지)

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

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장애진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 청구서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유와 확인이 지연되는 경우
 6. 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[가지급보험금] 보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우, 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 보험금

- ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [부표] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제10조(만기환급금의 지급)

- ① 회사는 보험기간이 끝난 때에 아래의 금액을 보험수익자에게 만기환급금으로 지급합니다. 다만, 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 만기환급금을 지급하지 않으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 **해약환급금 산출방법서**」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 「기본계약(주요한방치료보장Ⅱ 및 만기환급금 30만원)」의 **계약자적립액**을 계약자에게 지급합니다.

<기본계약(주요한방치료보장Ⅱ 및 만기환급금 30만원) 보험가입금액 30만원 기준>

보험금의 종류		지급금액
만기환급금	보험기간이 완료된 경우	30만원

- ② 제1항의 만기환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.
- ③ 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [부표] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제11조(보험금 받는 방법의 변경)

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

제12조(주소변경통지)

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

제13조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 보험금의 지급사유 중 사망의

경우는 피보험자의 법정상속인, 그 외의 경우는 피보험자로 합니다.

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

제14조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 보험료 납부의무, 위험변경·증가의 통지의무, 보험사고 발생의 통지의무, 위험유지의무 등의 책임을 연대하여 집니다.

【연대】 2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제15조(계약 전 알릴 의무)

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

【계약전 알릴의무】 상법 제651조에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.
【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】 보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.
【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】 보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정된다.

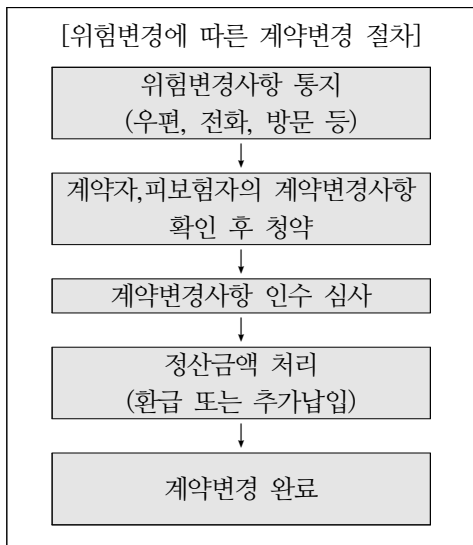
제16조(상해보험계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체 없이 회사에 알려야 합니다.
 1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
다. 현재의 직업을 그만둔 경우

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

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

- 예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
 예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, **전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함**)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 **계약자적립액** 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험료율(이하 ‘변경전 요율’이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 ‘변경후 요율’이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경 후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제17조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 의한 **해약환급금**을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 ‘반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다’라는 문구와 함께 계약자에게 **서면 또는 전자문서** 등으로 알려 드립니다. **회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.**
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제18조(사기에 의한 계약)

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

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제19조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 보험목적 또는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나, 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절하는 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

- ⑥ 제5항의 “청약일로부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 이 약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 이 약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제20조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문금융소비자】 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비를 말합니다.

【일반금융소비자】 전문금융소비가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(전화를 이용하여 체결하는 계약 중 보험계약자의 나이가 만65세 이상인 경우에는 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 ‘서면 등’이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ⑤ 청약 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제21조(약관의 교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

- 1. 서면교부
- 2. 우편 또는 전자우편
- 3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, **전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.**
 - 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】 전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【전자서명법 제2조(정의) 제2호】 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
 - 가. 서명자의 신원
 - 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 사망 또는 장애를 보장하지 아니하는 보험계약
 2. 사망 또는 장애를 보장하는 보험계약으로서 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 3. 사망 또는 장애를 보장하는 보험계약으로서 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제22조(계약의 무효)

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

제23조(계약내용의 변경 등)

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

1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경 전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있는 경우 변경된 보험수익자에게 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 **해약환급금**이 있을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 **해약환급금**을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제24조(보험나이 등)

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

이를 적용합니다.

- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다. 다만, 계약해당일이 없을 경우에는 계약해당일의 마지막 날에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증, 운전면허증, 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1998년 10월 2일, 현재(계약일) : 2024년 4월 13일
⇒ 2024년 4월 13일 - 1998년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

계약일: 2024년 4월 13일 ⇒ 계약해당일: 매년 4월 13일

단, 계약해당일 2월 29일이 없을 경우에는 2월 28일을 계약해당일로 합니다.

제25조(계약의 자동갱신)

- ① 이 계약이 다음 각 호의 조건을 모두 충족하고, 보험기간이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 보험기간 종료일의 다음날(이하 ‘갱신일’이라 합니다)에 자동으로 갱신되는 것으로 합니다.
 - 1. 갱신후 계약(이하 『갱신계약』 이라합니다)의 만기일이 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 범위 내일 것
 - 2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 보험가입나이의 범위 내일 것
 - 3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ② 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 합니다.

제26조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해지)

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약은 해지됩니다.
- ② 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 계약자가 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제27조(자동갱신 적용)

- ① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며(단, 법령의 제·개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 보험료율에 관한 제도 또는 보험료를 개정할 경우 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 제25조(계약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ③ 회사는 제25조(계약의 자동갱신)에 따라 이 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

제28조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 약관은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 **해약환급금** 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망

당시의 **계약자적립액**을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】 어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

【민법 제27조(실종의 신고)】

1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

③ 제1항의 **계약자적립액** 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 **계약자적립액** 지급과 관련된 서류를 제출하고 **계약자적립액**을 청구하여야 합니다. **계약자적립액**의 지급절차는 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 제4조(주요한방치료의 정의)에서 정한 “주요한방치료”에 대한 보장개시일은 최초계약의 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 갱신계약의 경우 보장개시일은 갱신일로 합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 제4조(주요한방치료의 정의)에서 정한 “주요한방치료”를 받은 경우에는 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장합니다.

제30조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

[납입기일] 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제31조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제39조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 **해약환급금**과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제38조(**해약환급금**) 제1항에 따른 **해약환급금**을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험 상품의 **해약환급금** 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 **해약환급금**에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제38조(**해약환급금**) 제1항에 따른 **해약환급금**을 계약자에게 지급합니다.

제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 **해약환급금**을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 **해약환급금**이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 **해약환급금**이 없는 경우를 포함함)

다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴의무), 제17조(알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립) 및 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제15조(계약 전 알릴의무)를 위반한 경우에는 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제34조(강제집행 등으로 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 **해약환급금** 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)로부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 **해약환급금** 등

제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제38조(**해약환급금**) 제1항에 의한 **해약환급금**을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제22조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 **해약환급금**이 있을 때에는 제38조(**해약환급금**) 제1항에 따른 **해약환급금**을 계약자에게 지급합니다.

제35조의 2(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제38조(**해약환급금**) 제5항에 따른 **해약환급금**을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제36조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 **해약환급금**을 지급합니다.

제37조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 의한 **해약환급금**을 계약자에게 지급합니다.

제38조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 **해약환급금**은 「보험료 및 **해약환급금** 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- ② **해약환급금**의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 **해약환급금**을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 **해약환급금**을 지급합니다. **해약환급금** 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [부표] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 **해약환급금**에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1항의 **해약환급금**은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.
- ⑤ 제35조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 **계약자적립액**을 반환하여 드립니다.

제39조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 **해약환급금** 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 ‘보험계약대출’이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, **해약환급금** 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 **해약환급금**에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제40조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제41조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공

또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.

- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제42조(관할법원)

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

제43조(소멸시효)

- ① 보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, **해약환급금청구권** 및 **계약자적립액** 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효] 주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험사고가 발생한 후 3년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

- ② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

제44조(약관의 해석)

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

제45조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제46조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 함의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

[현저하게 공정을 잃은 함의] 사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제47조(개인정보보호)

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 ‘개인정보 보호법’, ‘신용정보의 이용

및 보호에 관한 법률' 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

【개인정보보호법 제17조(개인정보의 제공)】

회사는 계약자 등의 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 계약자 등에게 알려야 하며, 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

【신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)】

회사가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우 다음 각 호 중 하나의 방식으로 미리 동의를 얻어야 한다.

1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서, 「전자문서 및 전자거래기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다.
3. 유무선통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선통신으로 동의 내용을 알리고 동의를 얻는 방법
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

【신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제33조(개인신용정보의 이용)】

② 회사가 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하는 경우 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

제48조(준거법)

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

제49조(예금보험에 의한 지급보장)

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

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

무배당 Chubb 한방치료보장보험 II (갱신형)2404

2종(최대보장기간 10년) 특별약관

입원보장 특별약관(4일이상 30일한도)(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하였을 때 : 3일을 초과한 입원 1일에 대하여 상해입원일당 지급
2. 피보험자가 보험기간 중 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 때 : 3일을 초과한 입원 1일에 대하여 질병입원일당 지급

<입원보장 특별약관(4일이상 30일한도)(갱신형) 보험가입금액 1만원 기준>

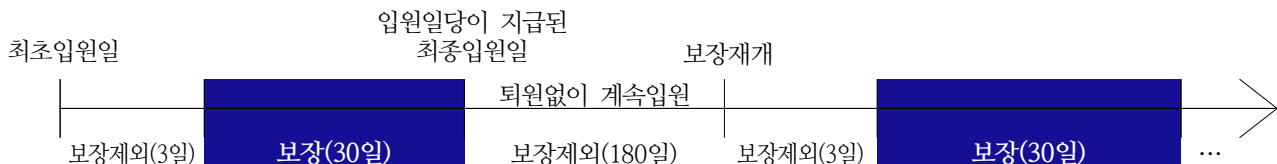
보험금의 종류		지급금액
상해입원일당	상해로 입원시	3일초과 입원 1일당 1만원(30일 한도)
질병입원일당	질병으로 입원시	3일초과 입원 1일당 1만원(30일 한도)

제2조(“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 입원일당 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함합니다) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항의 규정을 적용합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 입원일당을 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때(예를 들어 의사의 지시를 따르지 않은 외출, 외박 등)에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 입원일당 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함

게 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 9. 병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
 10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 12. 정상분만, 치과질환
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

한방의료기관 입원보장 특별약관(4일이상 30일한도)(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 한방병원 또는 한의원에 입원하였을 때 : 3일을 초과한 입원 1일에 대하여 한방의료기관 상해입원 일당 지급
2. 피보험자가 보험기간 중 질병의 치료를 직접적인 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 한방병원 또는 한의원에 입원하였을 때 : 3일을 초과한 입원 1일에 대하여 한방의료기관 질병입원일당 지급

<한방의료기관 입원보장 특별약관(4일이상 30일한도)(갱신형) 보험가입금액 1만원 기준>

보험금의 종류		지급금액
한방의료기관 상해입원일당	상해로 한방병원 또는 한의원에 입원시	3일초과 입원 1일당 1만원(30일 한도)
한방의료기관 질병입원일당	질병으로 한방병원 또는 한의원에 입원시	3일초과 입원 1일당 1만원(30일 한도)

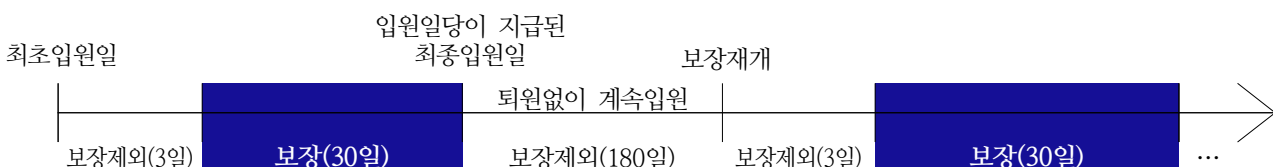
[의료법 제3조(의료기관) 제2항]
 ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.<개정 2019.4.23.>
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 가. 의원
 나. 치과의원
 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 가. 병원
 나. 치과병원
 다. 한방병원
 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 마. 정신병원
 바. 종합병원

제2조(“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 입원일당 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함합니다) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항의 규정을 적용합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원

기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 입원일당을 계속 보장합니다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때(예를 들어 의사의 지시를 따르지 않은 외출, 외박 등)에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 입원일당 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 9. 병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
 10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 12. 정상분만, 치과질환
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

중환자실 입원보장 특별약관(1일이상 180일한도)(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우 : 입원 1일에 대하여 상해중환자실입원일당 지급

2. 피보험자가 보험기간 중 질병의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우 : 입원 1일에 대하여 질병중환자실입원일당 지급

<중환자실 입원보장 특별약관(1일이상 180일한도)(갱신형) 보험가입금액 1만원 기준>

보험금의 종류	지급금액	
상해중환자실입원일당	상해로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 1만원(180일 한도)
질병중환자실입원일당	질병으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 1만원(180일 한도)

제2조(중환자실의 정의)

이 특별약관에서 “중환자실”이라 함은 의료법 시행규칙의 별표4에서 정한 중환자실([별표8] 의료기관의 시설규격 참조)을 말합니다.

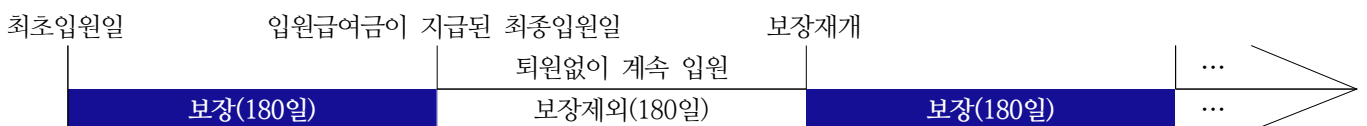
<p>※ 의료법 시행규칙 [별표 4. 의료기관의 시설규격]에 따른 중환자실 요건</p> <ul style="list-style-type: none"> - 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립 및 무정전시스템 갖추어야 함 - 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 함 - 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상(신생아중환자실은 5제곱미터이상) - 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기 등 구비 - 중환자실 1개 단위당 후두경, 앰부백(마스트포함), 심전도기록기 등 구비 - 전담의사를 둘 수 있음(신생아중환자실에는 전담전문의 필수) - 전담간호사를 두어야 함 - 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야함 - 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 함 - 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 함 (음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 함)
--

제3조(“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 중환자실에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함합니다) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 입원일당을 계속 보장합니다.

- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때(예를 들어 의사의 지시를 따르지 않은 외출, 외박 등)에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 입원일당 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금을 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 **지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는** 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- 7. 성병
- 8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- 9. 병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
- 10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- 11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- 12. 정상분만, 치과질환
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

수술보장 특별약관(동일사고 또는 질병당 1회한)(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 피보험자가 보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 수술을 받았을 때 : 상해수술보험금 지급
- 2. 피보험자가 보험기간 중 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 : 질병수술보험

금 지급

<수술보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 10만원 기준>

보험금의 종류		지급금액
상해수술보험금(동일사고당 1회한)	상해로 수술시	10만원
질병수술보험금(동일질병당 1회한)	질병으로 수술시	10만원

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 “수술”에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

- ③ 제1항의 “수술”에는 눈 관련 질환으로 레이저(Laser)수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.
- ④ 제1항의 “수술”은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 하나의 상해수술보험금만을 지급합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술보험금만을 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 제2조(“수술”의 정의와 장소) 제3항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술일부부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보

험금을 지급하여 드립니다.

2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년 이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥혈전증(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 영양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence)-불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 영양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 영양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 영양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)
- ④ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

수술 후 한방척약비용보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 질병 또는 상해를 직접적인 원인으로 수술을 받고 그 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 한방병원 또는 한의원에서 척약치료를 받은 경우에는 척약치료 1회당 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

〈수술 후 한방척약비용보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 10만원 기준〉

보험금의 종류		지급금액
수술척약치료보험금	질병 또는 상해로 수술을 받고 그 치료를 목적으로 척약치료를 받은 경우	10만원

<p>[의료법 제3조(의료기관) 제2항]</p> <p>② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.〈개정 2019.4.23〉</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. <ul style="list-style-type: none"> 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. <ul style="list-style-type: none"> 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다) 마. 정신병원 바. 종합병원

- ② 제1항의 척약치료보험금은 하나의 수술당 1회를 한도로 하며, 동일한 질병 또는 상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 수술로 봅니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단,

절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 “수술”에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

- ③ 제1항의 “수술”에는 눈 관련 질환으로 레이저(Laser)수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.
- ④ 제1항의 “수술”은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제3조(“첩약”의 정의)

① 이 특별약관에서 “첩약”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한약약육성법 제2조에서 정한 “한약” 또는 “한약재” 및 약사법 제2조에서 정한 “한약”을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3(의료기관의 종류별 시설기준) 및 동 조항 별표4(의료기관의 시설규격)에서 정한 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한약품을 말합니다.

【한약약육성법 제2조(정의)】

- 4. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
- 5. “한약재”란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료약재를 말한다.

【약사법 제2조(정의)】

- 5. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
- ② 제1항에도 불구하고 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.
- ③ 법령(「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 및 관련 법령을 말하며, 이하 같습니다)의 개정에 따라 첩약의 범위가 변경된 경우에는 첩약치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 관련 법령의 개정으로 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」가 폐지 또는 변경되어 첩약치료에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 보험기간 중 피보험자가 질병 또는 상해를 직접적인 원인으로 수술을 받고 아래 어느 한 가지 사유에 해당하는 경우에는 보험기간이 끝나더라도 그 치료에 대해서는 보험기간이 종료된 후 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
 - 1. 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 치료를 시작하기 전에 보험기간이 종료된 경우
 - 2. 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 치료를 받던 중 보험기간이 종료된 경우
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함

게 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥혈전증(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우
 2. 치료목적이 아닌 단순 보신용 처방
 3. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 4. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 영양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 5. 단순한 피로 또는 권태
 6. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 7. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosi), 「국민건강보험 영양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀 처짐), 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목

- 적이 아닌 외모개선 목적의 수술
- 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
- 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)
- ④ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

암진단보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

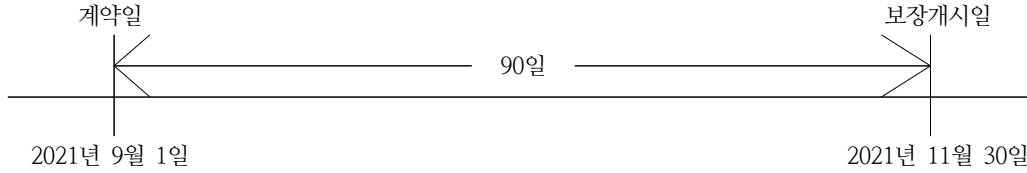
- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 제3항 또는 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 ‘암(특정소액암 제외)’, ‘특정소액암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

<암진단보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 1,000만원 기준>

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신계약
		계약일로부터 2년미만	계약일로부터 2년이상	
암진단보험금	암보장개시일 이후 ‘암(특정소액암 제외)’으로 진단확정된 경우	500만원	1,000만원	1,000만원
특정소액암진단보험금	‘특정소액암’으로 진단확정된 경우	50만원	100만원	100만원
기타피부암진단보험금	‘기타피부암’으로 진단확정된 경우	25만원	50만원	50만원
갑상선암진단보험금	‘갑상선암’으로 진단확정된 경우	25만원	50만원	50만원
대장점막내암진단보험금	‘대장점막내암’으로 진단확정된 경우	25만원	50만원	50만원
제자리암진단보험금	‘제자리암’으로 진단확정된 경우	25만원	50만원	50만원
경계성종양진단보험금	‘경계성종양’으로 진단확정된 경우	25만원	50만원	50만원

- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 제3항 또는 제4항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암(특정소액암 제외)’으로 진단확정된 이후 ‘특정소액암’, ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단확정 되었을 경우에는 ‘특정소액암’, ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’에 대한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항의 경우 ‘암(특정소액암 제외)’에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 ‘암보장개시일’이라 합니다)로 하며, ‘특정소액암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 및 ‘경계성종양’에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다. 이 경우 계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

【‘암(특정소액암 제외)’에 대한 암보장개시일 예시】



단, ‘특정소액암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

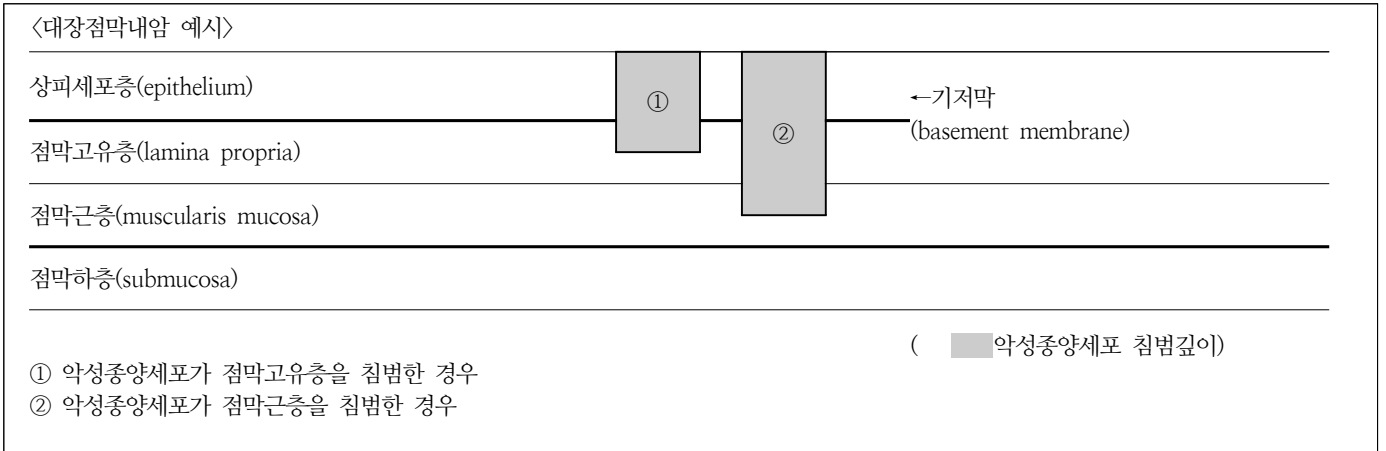
- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 경우 ‘암(특정소액암 제외)’에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다. 다만, 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 ‘암(특정소액암 제외)’에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제2조(암(특정소액암 제외), 특정소액암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 ‘암(특정소액암 제외)’이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2]‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, ‘특정소액암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’ 또는 ‘전암(前癌)상태’(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 ‘특정소액암’이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2]‘악성신생물(암) 분류표’ 중 아래에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, ‘전암(前癌)상태’(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
유방의 악성 신생물	C50
자궁경부의 악성 신생물	C53
자궁체부의 악성 신생물	C54
전립선의 악성 신생물	C61
방광의 악성 신생물	C67

- ③ 이 특별약관에서 ‘기타피부암’이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2]‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병 중에서 기타피부의 악성신생물(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 ‘갑상선암’이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2]‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병 중에서 갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 ‘대장점막내암’이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막 (basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



- ⑥ 이 특별약관에서 ‘제자리암’이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3]‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ 이 특별약관에서 ‘경계성종양’이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4]‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑧ 이 특별약관에서 ‘암 등의 질병’이라 함은 ‘암(특정소액암 제외)’, ‘특정소액암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’을 총칭합니다.
- ⑨ ‘암 등의 질병’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration, 가는 침으로 내용물과 세포를 뽑아내어 현미경으로 진단하는 검사법) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하며, 이 경우 ‘암 등의 질병’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑩ 제9항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암 등의 질병’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

〈제9항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시〉

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

- ⑪ 한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 ‘암 등의 질병’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 **계약자적립액**을 지급한 경우에는, 이미 지급된 **계약자적립액**을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 무효)

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제3항 또는 제4항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조(암(특정소액암 제외), 특정소액암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암(특정소액암 제외)’으로 진단확정된 경우

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암진단보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 **해약환급금** 및 **계약자적립액**을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 「보험료 및 **해약환급금** 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 **계약자적립액**을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연원일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 **계약자적립액** 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 **계약자적립액** 지급과 관련된 서류를 제출하고 **계약자적립액**을 청구하여야 합니다. **계약자적립액**의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

고액치료비암진단보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

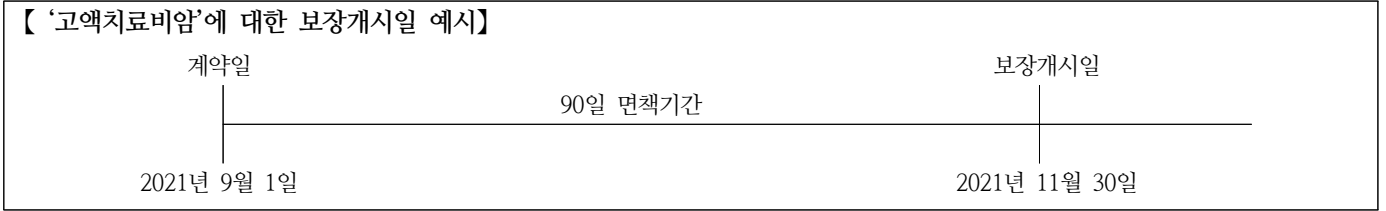
- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 이후에 ‘고액치료비암’으로 진단 확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 고액치료비암진단보험금으로 지급합니다.

<고액치료비암진단보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 1,000만원 기준>

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신계약
		계약일로부터 2년미만	계약일로부터 2년이상	
고액치료비암 진단보험금	암보장개시일 이후 고액치료비암으로 진단확정시	500만원	1,000만원	1,000만원

- ② 제1항에도 불구하고 제2조(고액치료비암의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘고액치료비암’에 대한 회사의 보장개시일은 최초

계약의 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 ‘암보장개시일’이라 합니다)로 합니다.



③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우 ‘고액치료비암’에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다. 다만, 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 ‘고액치료비암’에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제2조(고액치료비암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 ‘고액치료비암’이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표5]‘고액치료비암 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② ‘고액치료비암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration, 가는 침으로 내용물과 세포를 뽑아내어 현미경으로 진단하는 검사법) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하며, 이 경우 ‘고액치료비암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘고액치료비암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

〈제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시〉

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 ‘고액치료비암’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 **계약자적립액**을 지급한 경우에는, 이미 지급된 **계약자적립액**을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 무효)

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조(고액치료비암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘고액치료비암’으로 진단확정된 경우

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 고액치료비암진단보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, **해약환급금** 및 **계약자적립액**을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 ‘보험료 및 **해약환급금** 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 **계약자적립액**을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 **계약자적립액** 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 **계약자적립액** 지급과 관련된 서류를 제출하고 **계약자적립액**을 청구하여야 합니다. **계약자적립액**의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

뇌출혈진단보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 뇌출혈로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

<뇌출혈진단보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 1,000만원 기준>

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신계약
		계약일로부터 2년미만	계약일로부터 2년이상	
뇌출혈 진단보험금	뇌출혈로 진단확정시	500만원	1,000만원	1,000만원

제2조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표6] “뇌출혈 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의(치과과는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌컴퓨터단층촬영

(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 컴퓨터 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 **계약자적립액**을 지급한 경우에는, 이미 지급된 **계약자적립액**을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌출혈진단보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, **해약환급금** 및 **계약자적립액**을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외의 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이때에는 「보험료 및 **해약환급금** 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 **계약자적립액**을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연원일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 **계약자적립액** 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 **계약자적립액** 지급과 관련된 서류를 제출하고 **계약자적립액**을 청구하여야 합니다. **계약자적립액**의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

급성심근경색증진단보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 급성심근경색증으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

<급성심근경색증진단보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 1,000만원 기준>

보험금의 종류		지급금액		
		최초계약		갱신계약
		계약일로부터 2년미만	계약일로부터 2년이상	
급성심근경색증 진단보험금	급성심근경색증으로 진단확정시	500만원	1,000만원	1,000만원

제2조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표7] “급성심근경색증 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과외의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 **계약자적립액**을 지급한 경우에는, 이미 지급된 **계약자적립액**을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증진단보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, **해약환급금** 및 **계약자적립액**을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외의 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이때에는 「보험료 및 **해약환급금** 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 **계약자적립액**을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연원일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 **계약자적립액** 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 **계약자적립액** 지급과 관련된 서류를 제출하고 **계약자적립액**을 청구하여야 합니다. **계약자적립액**의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

암 한방치료비용보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 일반암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정을 받은 후 그 일반암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 한방병원 또는 한의원에서 치료비용을 받은 경우에는 치료비용 1회당 보험수익자에게 아래의 금액을 지급합니다. 단, 최초의 일반암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양에 한하여 보장합니다.

<암 한방치료비용보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 100만원 기준>

보험금의 종류		지급금액	보장한도
일반암 치료비용보험금	일반암으로 진단확정 되고 그 치료를 목적으로 치료비용을 받은 경우	100만원	3회한
기타피부암 치료비용보험금	기타피부암으로 진단확정 되고 그 치료를 목적으로 치료비용을 받은 경우	50만원	3회한
갑상선암 치료비용보험금	갑상선암으로 진단확정 되고 그 치료를 목적으로 치료비용을 받은 경우	50만원	3회한
제자리암 치료비용보험금	제자리암으로 진단확정 되고 그 치료를 목적으로 치료비용을 받은 경우	50만원	3회한
경계성종양 치료비용보험금	경계성종양으로 진단확정 되고 그 치료를 목적으로 치료비용을 받은 경우	50만원	3회한

<p>[의료법 제3조(의료기관) 제2항]</p> <p>② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.<개정 2019.4.23></p> <p>1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.</p> <p>가. 의원</p> <p>나. 치과의원</p> <p>다. 한의원</p> <p>2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.</p> <p>3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.</p> <p>가. 병원</p> <p>나. 치과병원</p> <p>다. 한방병원</p> <p>라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)</p> <p>마. 정신병원</p> <p>바. 종합병원</p>

- ② 제1항의 치료비용보험금은 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약의 경우 갱신계약의 보험기간을 포함합니다) 중에 발생한 치료비용에 대해 각 지급사유별 3회를 한도로 보장합니다.

제2조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 약관에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병([별표2] “악성신생물(암) 분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

- ② 이 약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 약관에 있어서 “일반암”이라 함은 “암”에서 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 암을 말합니다.
- ⑤ 암, 일반암, 기타피부암 또는 갑상선암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration, 가는 침으로 내용물과 세포를 뽑아내어 현미경으로 진단하는 검사법) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하며, 이 경우 “암”, “일반암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “일반암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

〈제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시〉

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(제자리암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표3] “제자리신생물 분류표”참조)을 말합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration, 가는 침으로 내용물과 세포를 뽑아내어 현미경으로 진단하는 검사법) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하며, 이 경우 “제자리암”의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

〈제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시〉

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표4] “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표”참조)을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직

(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration, 가는 침으로 내용물과 세포를 뽑아내어 현미경으로 진단하는 검사법) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하며, 이 경우 “경계성종양”의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

〈제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시〉

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(첩약의 정의)

- ① 이 약관에 있어서 “첩약”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 “한약” 또는 “한약재” 및 약사법 제2조에서 정한 “한약”을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3(의료기관의 종류별 시설기준) 및 동 조항 별표4(의료기관의 시설규격)에서 정한 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다.

[한의약육성법 제2조(정의)]

- 4. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
- 5. “한약재”란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료약재를 말한다.

[약사법 제2조(정의)]

- 5. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.

- ② 제1항에도 불구하고 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.
- ③ 법령(「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 및 관련 법령을 말하며, 이하 같습니다)의 개정에 따라 첩약의 범위가 변경된 경우에는 첩약치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 관련 법령의 개정으로 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」가 폐지 또는 변경되어 첩약치료에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 일반암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정을 받은 후 아래 어느 한 가지 사유에 해당하는 경우에는 보험기간이 끝나더라도 그 치료에 대해서는 보험기간이 종료된 후 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
 1. 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 치료를 시작하기 전에 보험기간이 종료된 경우
 2. 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 치료를 받던 중 보험기간이 종료된 경우
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보

험금을 지급하여 드립니다.

2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부 2년 이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우
 2. 치료목적이 아닌 단순 보신용 처방

제8조(보험료 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 피보험자가 제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일 이후에 제2조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “일반암”으로 진단확정 되었을 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.

제9조(특별약관의 자동갱신)

- ① 이 특별약관이 다음 각 호의 조건을 모두 충족하고, 보험기간이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특별약관은 갱신일에 자동으로 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 범위 내일 것
 2. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
 - ② 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 합니다.
 - ③ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일 이후에 제2조(암, 일반암, 기타피부암, 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “일반암”으로 진단확정 되었을 경우에는 이 특별약관은 갱신되지 않습니다.

제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
 - ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
 - ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 보통약관 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 제2조(암, 일반암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “일반암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 갱신계약의 경우 보장개시일은 갱신일로 합니다. (이하 “암보장개시일”이라 합니다)

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제32조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 **해약환급금**을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 **해약환급금**이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 **해약환급금**이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제15조(계약 전 알릴의무), 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제18조(사기에 의한 계약), 보통약관 제19조(보험계약의 성립) 및 제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 보통약관 제15조(계약 전 알릴의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제12조(특별약관의 무효)

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

- 1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
- 2. 피보험자가 제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제2조(암, 일반암, 기타 피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “일반암”으로 진단확정된 경우

제13조(특별약관의 소멸)

- ① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 **침약치료보험금**이 각 지급사유별 최대 3회까지 모두 지급되어 이 특별약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, **해약환급금** 및 **계약자적립액**을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 **해약환급금** 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 **계약자적립액**을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 **계약자적립액** 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 **계약자적립액** 지급과 관련된 서류를 제출하고 **계약자적립액**을 청구하여야 합니다. **계약자적립액**의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

뇌출혈 한방첩약비용보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 뇌출혈로 진단확정을 받은 후 그 뇌출혈의 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 한방병원 또는 한의원에서 첩약치료를 받은 경우에는 첩약치료 1회당 보험수익자에게 아래의 금액을 지급합니다. 단, 최초의 뇌출혈에 한하여 보장합니다.

〈뇌출혈 한방첩약비용보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 100만원 기준〉

보험금의 종류		지급금액	보장한도
뇌출혈 첩약치료보험금	뇌출혈로 진단확정 되고 그 치료를 목적으로 첩약치료를 받은 경우	100만원	3회한

<p>[의료법 제3조(의료기관) 제2항]</p> <p>② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.〈개정 2019.4.23〉</p> <p>1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.</p> <p>가. 의원</p> <p>나. 치과의원</p> <p>다. 한의원</p> <p>2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.</p> <p>3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.</p> <p>가. 병원</p> <p>나. 치과병원</p> <p>다. 한방병원</p> <p>라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)</p> <p>마. 정신병원</p> <p>바. 종합병원</p>	
---	--

- ② 제1항의 첩약치료보험금은 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 첩약치료에 대해 3회를 한도로 보장합니다.

제2조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

- ① 이 약관에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표6] “뇌출혈 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌컴퓨터단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 컴퓨터 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(첩약의 정의)

- ① 이 약관에 있어서 “첩약”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 “한약” 또는 “한약재” 및 약사법 제2조에서 정한 “한약”을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3(의료기관의 종류별 시설기준) 및 동 조항 별표4(의료기관의 시설규격)에서 정한 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다.

[한의약육성법 제2조(정의)]

4. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
5. “한약재”란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료약재를 말한다.

[약사법 제2조(정의)]

5. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.

- ② 제1항에도 불구하고 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.
③ 법령(「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 및 관련 법령을 말하며, 이하 같습니다)의 개정에 따라 첩약의 범위가 변경된 경우에는 첩약치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
④ 제3항에도 불구하고 관련 법령의 개정으로 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」가 폐지 또는 변경되어 첩약치료에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 뇌출혈로 진단확정을 받은 후 아래 어느 한 가지 사유에 해당하는 경우에는 보험기간이 끝나더라도 그 치료에 대해서는 보험기간이 종료된 후 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
1. 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 치료를 시작하기 전에 보험기간이 종료된 경우
 2. 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 치료를 받던 중 보험기간이 종료된 경우
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정] 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제급여목록표)에 기재된 한약제제만으로

- 처방된 경우
2. 치료목적이 아닌 단순 보신용 처방

제6조(보험료 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 피보험자가 뇌출혈로 진단확정 되었을 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

- ① 회사는 이 특별약관이 다음 각 호의 조건을 모두 충족하고, 보험기간이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사 표시가 없을 때에는 이 특별약관은 갱신일에 자동으로 갱신되는 것으로 합니다.
1. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 범위 내일 것
 2. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ② 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 뇌출혈로 진단확정 되었을 경우에는 이 특별약관은 갱신되지 않습니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 청약치료보험금이 최대 3회까지 모두 지급되어 이 특별약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, **해약환급금** 및 **계약자적립액**을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 **해약환급금** 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 사망 당시의 **계약자적립액**을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 **계약자적립액** 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 **계약자적립액** 지급과 관련된 서류를 제출하고 **계약자적립액**을 청구하여야 합니다. **계약자적립액**의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

급성심근경색증 한방첨약비용보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 급성심근경색증으로 진단확정을 받은 후 그 급성심근경색증의 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 한방병원 또는 한의원에서 첨약치료를 받은 경우에는 첨약치료 1회당 보험수익자에게 아래의 금액을 지급합니다. 단, 최초의 급성심근경색증에 한하여 보장합니다.

<급성심근경색증 한방첨약비용보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 100만원 기준>

보험금의 종류		지급금액	보장한도
급성심근경색증 첩약치료보험금	급성심근경색증으로 진단확정 되고 그 치료를 목적으로 첩약치료를 받은 경우	100만원	3회한

<p>[의료법 제3조(의료기관) 제2항]</p> <p>② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.<개정 2019.4.23></p> <p>1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.</p> <p>가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원</p> <p>2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.</p> <p>3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.</p> <p>가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다) 마. 정신병원 바. 종합병원</p>	
---	--

② 제1항의 첩약치료보험금은 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 첩약치료에 대해 3회를 한도로 보장합니다.

제2조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 약관에 있어 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표7] “급성심근경색증 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(첩약의 정의)

- ① 이 약관에 있어서 “첩약”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 “한약” 또는 “한약재” 및 약사법 제2조에서 정한 “한약”을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3(의료기관의 종류별 시설기준) 및 동 조항 별표4(의료기관의 시설규격)에서 정한 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다.

[한약약육성법 제2조(정의)]

- 4. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
- 5. “한약재”란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료약재를 말한다.

[약사법 제2조(정의)]

- 5. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.

- ② 제1항에도 불구하고 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 단순 보신용 처방은 제외됩니다.
- ③ 법령(「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 및 관련 법령을 말하며, 이하 같습니다)의 개정에 따라 처방의 범위가 변경된 경우에는 처방치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 관련 법령의 개정으로 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」가 폐지 또는 변경되어 처방치료에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 급성심근경색증으로 진단확정을 받은 후 아래 어느 한 가지 사유에 해당하는 경우에는 보험기간이 끝나더라도 그 치료에 대해서는 보험기간이 종료된 후 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
 - 1. 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 치료를 시작하기 전에 보험기간이 종료된 경우
 - 2. 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 치료를 받던 중 보험기간이 종료된 경우
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 - 2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 3. 계약자의 고의
 - 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부 2년 이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우
 - 2. 치료목적이 아닌 단순 보신용 처방

제6조(보험료 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 피보험자가 급성심근경색증으로 진단확정 되었을 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

- ① 회사는 이 특별약관이 다음 각 호의 조건을 모두 충족하고, 보험기간이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사 표시가 없을 때에는 이 특별약관은 갱신일에 자동으로 갱신되는 것으로 합니다.
1. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 범위 내일 것
 2. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ② 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 급성심근경색증으로 진단확정 되었을 경우에는 이 특별약관은 갱신되지 않습니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 청약치료보험금이 최대 3회까지 모두 지급되어 이 특별약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, **해약환급금** 및 **계약자적립액**을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 **해약환급금** 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 **계약자적립액**을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 **계약자적립액** 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 **계약자적립액** 지급과 관련된 서류를 제출하고 **계약자적립액**을 청구하여야 합니다. **계약자적립액**의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

상해사망보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험가입금액을 보험수익자에게 상해사망보험금으로 지급합니다.

<상해사망보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 1,000만원 기준>

보험금의 종류		지급금액
상해사망보험금	상해로 사망시	1,000만원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을

기준으로 합니다.

- ② ‘호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률’에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년 이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(특별약관의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 피보험자가 특별약관의 보험기간 중에 이 특별약관이 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우 ‘보험료 및 **해약환급금** 산출 방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 **계약자적립액**을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

【계약자적립액】 장래의 보험금, **해약환급금** 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

- ③ 제2항의 **계약자적립액** 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 **계약자적립액** 지급과 관련된 서류를 제출하고 **계약자적립액**을 청구하여야 합니다. **계약자적립액**의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일기의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(피보험자의 서면동의 철회)

제4조(특별약관의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 **해약환급금**이 있을 때에는 보통약관 제38조(**해약환급금**) 제1항에 따른 **해약환급금**을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

상해 80%이상 후유장해보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 상해의 직접적인 결과로써 장해분류표([별표1] ‘장해분류표’ 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험가입금액을 보험수익자에게 상해 80%이상 후유장해보험금으로 지급합니다.

〈상해 80%이상 후유장해보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 1,000만원 기준〉

보험금의 종류	지급금액
상해 80%이상 후유장해보험금	상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태시 1,000만원(최초 1회한)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

- ③ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 다른 상해로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 후유장애보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 후유장애보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 이 계약에서 후유장애보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 후유장애보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제5항에서 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당되는 후유장애보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

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

- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 **보장개시일로부터 2년 이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는** 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 80%이상 후유장애보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 **해약환급금**을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 **해약환급금 산출방법서**」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 **계약자적립액**을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 **계약자적립액** 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 **계약자적립액** 지급과 관련된 서류를 제출하고 **계약자적립액**을 청구하여야 합니다. **계약자적립액**의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

상해 50%이상 후유장해보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 상해의 직접적인 결과로써 장해분류표([별표1] ‘장해분류표’ 참조, 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험가입금액을 보험수익자에게 상해 50%이상 후유장해보험금으로 지급합니다.

<상해 50%이상 후유장해보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 1,000만원 기준>

보험금의 종류		지급금액
상해 50%이상 후유장해보험금	상해로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태시	1,000만원(최초 1회한)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 위 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한

후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제5항에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

예시)

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장애(지급률20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장애지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장애지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 장애보험금을 지급

- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 50%이상 후유장해보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 **해약환급금**을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 **해약환급금** 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 **계약자적립액**을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 **계약자적립액** 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 **계약자적립액** 지급과 관련된 서류를 제출하고 **계약자적립액**을 청구하여야 합니다. **계약자적립액**의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단

위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

상해 20%이상 후유장해보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 상해의 직접적인 결과로써 장해분류표([별표1] ‘장해분류표’ 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 20% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 보험가입금액을 보험수익자에게 상해 20%이상 후유장해보험금으로 지급합니다.

<상해 20%이상 후유장해보장 특별약관(갱신형) 보험가입금액 1,000만원 기준>

보험금의 종류		지급금액
상해 20%이상 후유장해보험금	상해로 장해지급률이 20% 이상에 해당하는 장해상태시	1,000만원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- 위 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제5항에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

예시)

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

- 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중

에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년 이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

상해 20%이상 후유장해 특정비급여한방치료보장 특별약관(갱신행)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 상해의 직접적인 결과로써 장애분류표([별표1] ‘장애분류표’ 참조, 이하 같습니다)에서 정한 장애지급률이 20% 이상에 해당하는 장애상태가 되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 한방병원 또는 한의원에서 “특정비급여한방치료”를 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 1회당 상해20%이상 후유장해 특정비급여한방치료보험금으로 지급합니다.

〈상해 20%이상 후유장해 특정비급여한방치료보장 특별약관(갱신행) 보험가입금액 5만원 기준〉

보험금의 종류		지급금액
상해20%이상 후유장해 특정비급여한방치료보험금	상해로 장애지급률이 20% 이상에 해당하는 장애상태가 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 특정비급여한방치료를 받은 경우	1회당 5만원

[의료법 제3조(의료기관) 제2항]

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.<개정 2019.4.23>

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

- 가. 의원
- 나. 치과의원
- 다. 한의원

2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.

3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

- 가. 병원
- 나. 치과병원
- 다. 한방병원
- 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
- 마. 정신병원
- 바. 종합병원

③ 피보험자가 하루에 두 종류 이상의 “특정비급여한방치료”를 받은 경우에는 각각의 치료 1회당 보험금을 지급합니다.

[두 종류 이상의 특정비급여한방치료를 받은 경우 보험금 지급 예시]

- 하루에 약침술 1회를 받고, 첩약을 받은 경우 : 5만원×2회 = 10만원 지급
- 하루에 약침술 1회와 한방물리요법 2회를 동시에 받은 경우 : 5만원×3회 = 15만원 지급
- 하루에 다른 종류의 한방물리요법을 3회 받은 경우 : 5만원×3회 = 15만원 지급

③ 특정비급여한방치료보험금은 하나의 상해당 10회를 한도로 하며, 치료 종류에 관계없이 모든 치료횟수를 합산하여 이를 적용합니다.

제2조(특정비급여한방치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “특정비급여한방치료”라 함은 아래에서 정한 치료를 말합니다.

1. 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 “한약” 또는 “한약제” 및 약사법 제2조에서 정한 “한약”을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3(의료기관의 종류별 시설기준) 및 동 조항 별표4(의료기관의 시설규격)에서 정한 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품에 대한 첩약치료. 단, 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우는 제외됩니다.

[한의약육성법 제2조(정의)]

- 4. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
- 5. “한약제”란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료약재를 말한다.

[약사법 제2조(정의)]

- 5. “한약”이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
2. 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 제14장(한방 시술 및 처치료) 제1절(시술료)에서 정하는 약침술 및 한방물리요법

- ② 제1항에도 불구하고 단순 보신용 첩약 및 치료는 제외됩니다.
- ③ 법령(「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」, 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 및 관련법령을 말하며 이하 같습니다)의 개정에 따라 제1항에서 정한 특정비급여한방치료의 범위가 변경된 경우에는 특정비급여한방치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 관련 법령의 개정으로 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 또는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」가 폐지 또는 변경되어 제1항에서 정한 특정비급여한방치료에 대한 판단이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 위 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제5항에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

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

- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자의 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 보건의복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우
 2. 치료목적이 아닌 단순 보신용 처방 및 치료
- ③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

아나필락시스쇼크진단(연간 1회한) 및 질병중환자실 입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중 피보험자가 “아나필락시스쇼크”로 진단확정 되었을 경우에는 연간 1회에 한하여 보험가입금액을 아나필락시스쇼크 진단보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
2. 보험기간 중 피보험자가 질병의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하였을 경우 입원 1일당 보험가입금액의 5%를 질병중환자실 입원일당보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
3. 보험기간 중 ‘호흡기관관련질병’으로 진단 확정되고, 그 ‘호흡기관관련질병’의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하였을 경우 입원 1일당 보험가입금액의 5%를 호흡기관관련 질병중환자실 입원일당보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

<아나필락시스쇼크진단(연간1회한) 및 질병중환자실 입원일당(1일이상180일한도)보장>

구분		지급금액
아나필락시스쇼크 진단보험금	아나필락시스쇼크로 진단확정되었을 경우	보험가입금액(연간 1회한)
질병중환자실 입원일당보험금	질병으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 보험가입금액의 5%(180일 한도)
호흡기관관련 질병중환자실 입원일당보험금	호흡기관관련 질병으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 보험가입금액의 5%(180일 한도)

제2조(아나필락시스의 정의 및 진단확정)

- ① 이 약관에서 “아나필락시스쇼크”라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “아나필락시스쇼크”로 분류되는 질병([별표11] “아나필락시스쇼크 분류표” 참조)을 말합니다.
- ② “아나필락시스쇼크”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다.

제3조(호흡기관련 질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 ‘호흡기관련 질병’이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표12] ‘호흡기관련 질병 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② ‘호흡기관련 질병’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조(“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(중환자실의 정의)

이 특별약관에서 ‘중환자실’이라 함은 의료법 시행규칙의 [별표 4]에서 정한 중환자실([별표8] ‘의료기관의 시설규격’ 참조)을 말합니다.

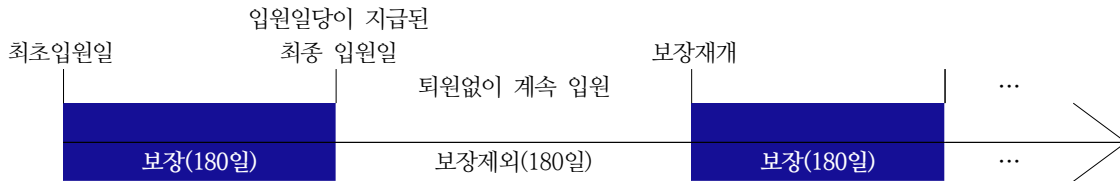
【의료법 시행규칙 [별표4] ‘의료기관의 시설규격’에 따른 중환자실 요건】

- 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립 및 무정전시스템 갖추어야 함
- 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 함
- 병상 1개당 면적은 15㎡ 이상(신생아중환자실은 5㎡ 이상)
- 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기 등 구비
- 중환자실 1개 단위당 후두경, 앰부백(마스트포함), 심전도기록기 등 구비
- 전담의사를 둘 수 있음(신생아중환자실에는 전담전문의 필수)
- 전담간호사를 두어야 함
- 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 함
- 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 함
- 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 함 (음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 함)

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “아나필락시스쇼크”를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 이 약관의 **계약자적립액**을 지급한 경우에는, 이미 지급된 **계약자적립액**을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호 및 제3호의 경우 입원일당 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호 및 제3호의 경우 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함합니다) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호 및 제3호의 경우 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도

질병중환자실입원일당 또는 호흡기관련질병중환자실입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호 및 제3호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호 및 제3호에 따라 입원일당을 계속 보장합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호 및 제3호의 경우 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때(예를 들어 의사의 지시를 따르지 않은 외출, 외박 등)에는 회사는 입원일당 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자의 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 **지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는** 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호 및 제3호의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 성병
 3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 7. 정상분만, 치과질환

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이때에는 「보험료 및 **해약환급금** 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 **계약자적립액**을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항의 **계약자적립액** 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 **계약자적립액** 지급과 관련된 서류를 제출하고 **계약자적립액**을 청구하여야 합니다. **계약자적립액**의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관을 부가할 때 회사의 계약사정기준에 따라 피보험자의 과거 병력과 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 보장제한 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
- ③ 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 보통약관 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ④ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 보통약관 및 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 보험계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
 1. 이 특별약관 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항에서 정한 특정 신체부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정 신체부위에 질병이 발생한 경우
 2. 이 특별약관 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제2항에서 정한 특정 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정 질병이 발생한 경우

제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용)

- ① 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간중에 [별표9] 특정 신체부위 분류표 중에서 회사가 지정한 부위(이하 ‘특정 신체부위’라 합니다)에 발생한 질병, 특정 신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정 신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다.)을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 진단확정된 질병으로 인하여 사망하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보상합니다.
- ② 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간중에 [별표10] 특정 질병 분류표에서 회사가 지정한 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 진단확정된 질병으로 인하여 사망하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보상합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정 신체부위 또는 특정 질병의 상태에 따라 ‘1년부터 5년’ 또는 ‘보험계약의 보험기간’로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등

에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

- ④ 제3항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을 '보험계약의 보험기간'로 적용한 경우 최초 보험계약 청약일부터 5년 이내에 제1항에서 정한 특정부위에 발생한 질병 및 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병 또는 제2항에서 정한 특정 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없으면 계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 보상합니다.
- ⑤ 제3항의 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
 - 1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
 - 2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우
- ⑥ 제4항의 '보험계약 청약일부터 5년 이내'라 함은 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말하며, 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 합니다.
- ⑦ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 하나의 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 1. 제1항에서 지정한 특정 신체부위에 진단확정된 질병의 합병증으로 인하여 특정 신체부위 이외의 부위에 진단확정된 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 - 2. 제2항에서 지정한 특정 질병의 합병증으로 인하여 특정 질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 - 3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ⑧ 피보험자가 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생했을 경우, 그 보험금 지급사유가 특정 신체부위에 직접적인 원인으로 발생한 보험금 지급사유인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑩ 제1항의 특정 신체부위를 합하여 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 준용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다.) 지정 계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다.)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관의 제19조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

- ① 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 부가되어집니다.
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되는 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

- ① 보험계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정(제4조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서
5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

장애인전용보험전환 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

- ① 이 특별약관은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 “전환대상계약”이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.
1. 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

【소득세법 제59조의4(특별세액공제)】

- ① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.
1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
 2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

【소득세법 시행령 제118조의4 (보험료의 세액공제)】

- ① 법 제59조의4제1항제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.
- ② 법 제59조의4제1항제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.
1. 생명보험
 2. 상해보험
 3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
 4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
 5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
 6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

【소득세법 시행규칙 제61조의3 (공제대상보험료의 범위)】

영 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제 1항」에서 규정한 장애인인 보험

【「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위)」에서 규정한 장애인】

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

【소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위 등)】

- ① 영 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

【특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시 1】

전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

【특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시 2】

전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

【특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시 3】

전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우
⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

- ② 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제2조 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ④ 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

- ① 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하, “장애인증명서”라 합니다)을 제출하여 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하여야 하며, 이 경우 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
- ③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.
- ④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

- ① 회사는 이 특별약관이 부가된 전환대상계약을 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

【사례 예시】

2021년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2021년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2021년 1월 15일~2021년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2021년6월1일~2021년12월31일) 납입된 보험료만 2021년 특별세액공제 대상이 됩니다.

- ③ 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않

습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

【사례 예시】

2021년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2021년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2021년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

- ④ 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조(전환 취소)

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)

- ① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

[부표] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보통약관 및 특별약관 보장 보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
만기환급금 및 해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 평균공시이율의 50%
		1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주)
1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
 2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.
 3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 4. 금리연동형보험의 경우 상기 평균공시이율은 적립순보험료에 대한 적립이율을 말합니다.
 5. 가산이율 적용시 보통약관 제9조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 6. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

[별표1] 장애분류표

① 총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장애 회복할 가망이 없는 상태에서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

② 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) 한눈의 교정시력이 0.06이하로 된 때	25
5) 한눈의 교정시력이 0.1이하로 된 때	15
6) 한눈의 교정시력이 0.2이하로 된 때	5
7) 한눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한눈에 뚜렷한 시야장애를 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 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
- 4) “한 눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때”라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.

※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있을 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 6) “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애”라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) “뚜렷한 시야 장애”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹液) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 ‘뚜렷한 추상(추한 모습)’으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 ‘약간의 추상(추한 모습)’으로 지급률을 가산한다.
- 12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ± 10 dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에 서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 ‘언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사’ 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
- 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- “평형기능에 장애를 남긴 때”라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능장애소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- 1) “코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) “코의 후각기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이하는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우

- 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
- 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
- 8) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25%미만인 경우
- 9) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65%미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌중추신경계 손상(정신인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/4이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(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 장해

가. 장해의 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) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 인접 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
 - 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정된 상태
- 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
 - 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정된 상태
 - 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추

뼈 몸통)를 유합(아몰어 붙음) 또는 고정된 상태

- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) “추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) “추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

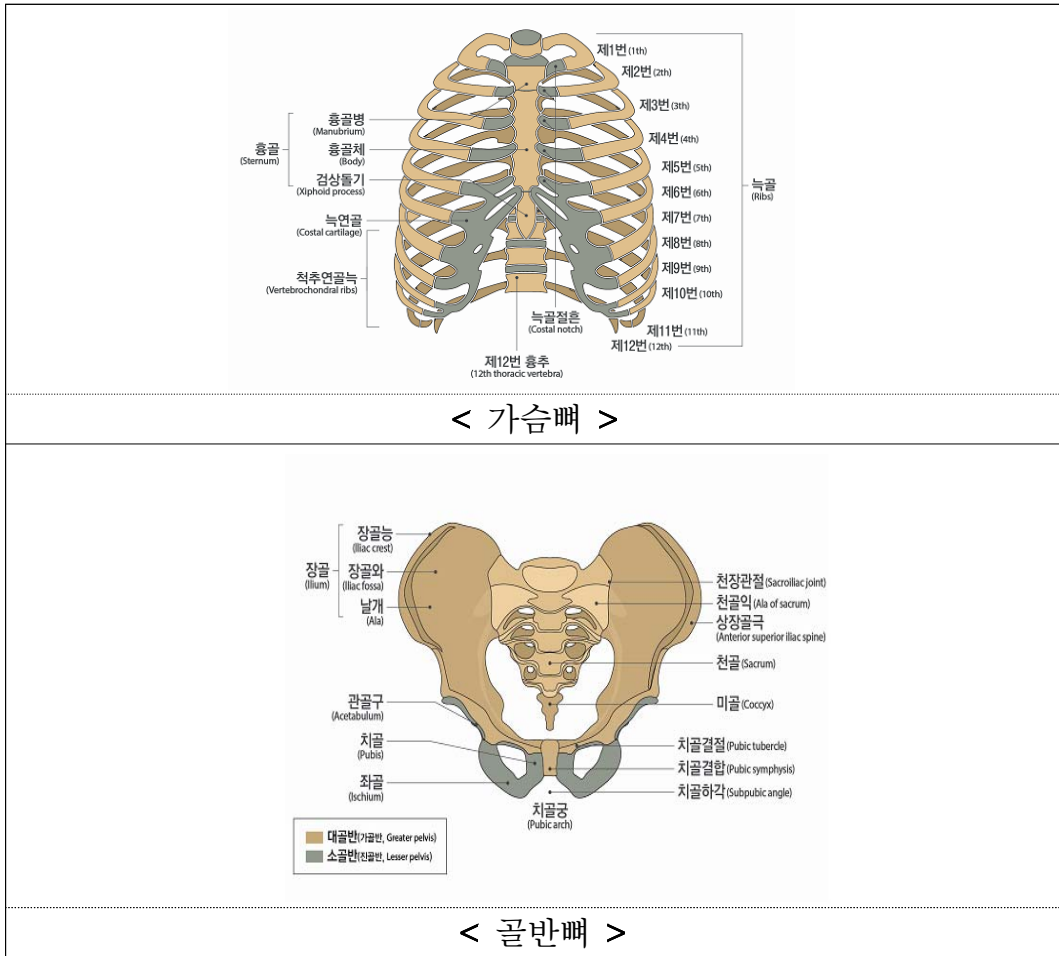
7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
 - 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - 다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) “빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.

- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능 장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- 8) “관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- 9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) “관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) “가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 12) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목 이상을 잃었을 때	60

3) 한다리의 3대 관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대 관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대 관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대 관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) “한 다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- 8) “관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- 9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) “관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) “가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 “불유합” 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

- 13) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1하지(다리과 발가락)의 후유장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

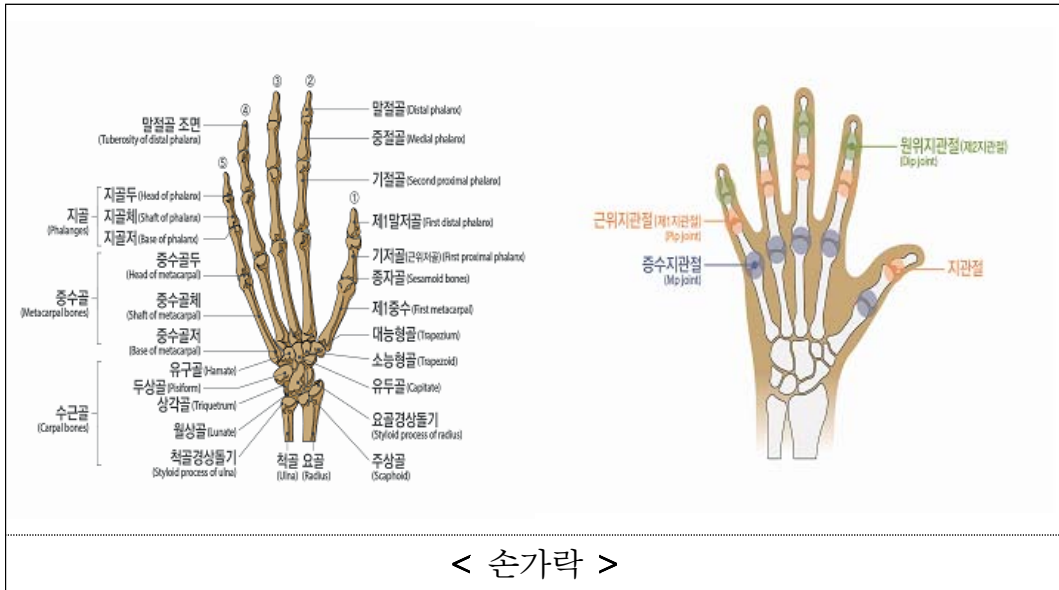
10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상 운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가 시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 손가락 >

11. 발가락의 장애

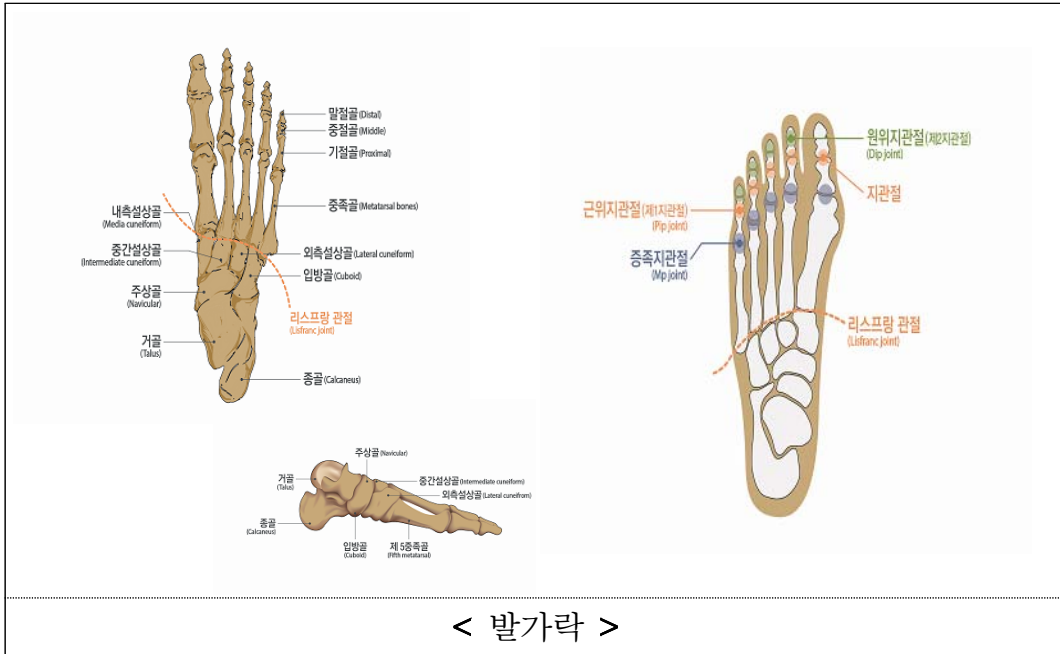
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.

- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애의 판정기준

- 1) “심장 기능을 잃었을 때”라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

- 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
- 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
- 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
- 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
- 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 “〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 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 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 신경계
 - 가) “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.
 - 나) 위 가)의 경우 “〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
 - 다) 신경계의 장애로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중

높은 지급률을 적용한다.

- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) “정신행동에 극심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) “정신행동에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) “정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’^{주)} 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
- 바) “정신행동에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) “정신행동에 경미한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과와 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정과의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
- 타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- 파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

- 가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

- 다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
- 4) 뇌전증(간질)
- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- 나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- 다) “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

〈불임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
옷입고벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

[별표2] 악성신생물(암) 분류표

① 관에서 규정하는 ‘악성신생물(암)’로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘악성신생물(암)’ 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술,구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43 ~ C44
6. 증피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C69 ~ C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73 ~ C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘악성신생물(암)’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국 표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국 표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[별표3] 제자리신생물 분류표

① 약관에서 규정하는 ‘제자리신생물’로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘제자리신생물’ 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘제자리신생물’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표4] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에서 규정하는 ‘경계성 종양’으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘경계성 종양’ 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘경계성 종양’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표5] 고액치료비암 분류표

① 약관에서 규정하는 ‘고액치료비암’으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘고액치료비암’ 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C70-C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘고액치료비암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표6] 뇌출혈 분류표

① 약관에서 규정하는 ‘뇌출혈’로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘뇌출혈’ 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘뇌출혈’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표7] 급성심근경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 ‘급성심근경색증’으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘급성심근경색증’ 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘급성심근경색증’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표8] 의료기관의 시설규격

다음의 시설규격은 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에서 정하는 <별표4>[개정 2019.09.27.]에 따르며, 법령의 변경으로 변경 또는 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

1. 입원실

- 가. 입원실은 3층 이상 또는 '건축법' 제2조제1항 제5호에 따른 지하층에는 설치할 수 없다. 다만, '건축법 시행령' 제56조에 따른 내화구조(耐火構造)인 경우에는 3층 이상에 설치할 수 있다.
- 나. 입원실의 면적(벽·기둥 및 화장실의 면적을 제외한다)은 환자 1명을 수용하는 곳인 경우에는 10제곱미터 이상이어야 하고(면적의 측정 방법은 '건축법 시행령' 제119조의 산정 방법에 따른다. 이하 같다) 환자 2명 이상을 수용하는 곳인 경우에는 환자 1명에 대하여 6.3제곱미터 이상으로 하여야 한다.
- 다. (삭제)
- 라. 입원실에 설치하는 병상 수는 최대 4병상(요양병원의 경우에는 6병상)으로 한다. 이 경우 각 병상 간 이격거리는 최소 1.5미터 이상으로 한다.
- 마. 입원실에는 손씻기 시설 및 환기시설을 설치하여야 한다.
- 바. 병상이 300개 이상인 종합병원에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 전실(前室) 및 음압시설(陰壓施設) 등을 갖춘 1인 병실(이하 "음압격리병실"이라 한다)을 1개 이상 설치하되, 300병상을 기준으로 100병상 초과할 때 마다 1개의 음압격리병실을 추가로 설치하여야 한다. 다만, 제2호차목에 따라 중환자실에 음압격리병실을 설치한 경우에는 입원실에 설치한 것으로 본다.
- 사. 병상이 300개 이상인 요양병원에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 화장실 및 세면시설을 갖춘 격리병실을 1개 이상 설치하여야 한다.
- 아. 산모가 있는 입원실에는 입원 중인 산모가 신생아에게 모유를 먹일 수 있도록 산모와 신생아가 함께 있을 수 있는 시설을 설치하도록 노력하여야 한다.
- 자. 전염성 질환자의 입원실은 다른 사람이나 외부에 대하여 전염예방을 위한 차단 등 필요한 조치를 하여야 한다.

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

[별표9] 특정 신체부위 분류표

구분	특정 신체부위
1.	위, 십이지장
2.	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3.	직장
4.	항문
5.	간
6.	담낭(쓸개) 및 담관
7.	췌장
8.	비장
9.	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
10.	코(외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함)
11.	인두 및 후두 (편도 포함)
12.	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
13.	귀(외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함)
14.	안구 및 안구부속기 (안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함)
15.	신장
16.	부신
17.	요관, 방광 및 요도
18.	음경
19.	전립선
20.	유방 (유선 포함)
21.	자궁 (자궁체부(자궁몸통) 포함)
22.	난소 및 난관
23.	고환(고환초막(고환집막) 포함) 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
24.	갑상선
25.	경추부 (해당신경 포함)
26.	흉추부 (해당신경 포함)
27.	요추부 (해당신경 포함)
28.	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
29.	왼쪽 어깨
30.	오른쪽 어깨
31.	왼쪽 고관절
32.	오른쪽 고관절
33.	왼팔 (왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
34.	오른팔 (오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
35.	왼쪽 다리 (왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
36.	오른쪽 다리 (오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
37.	자궁체부(자궁몸통) (제왕절개술을 받은 경우에 한함)
38.	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
39.	식도
40.	대장(맹장, 직장 제외)
41.	피부(두피 및 입술 포함)
42.	상.하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
43.	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
44.	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
45.	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
46.	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
47.	부갑상선
48.	질 및 외음부
49.	췌골
50.	늑골(갈비뼈)

[별표10] 특정 질병 분류표

① 약관에서 규정하는 ‘특정 질병’으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘특정 질병’ 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 연골증, 관절증, 관절염	M00~M03 M05~M14 M15~M19 M91~M94
2. 척추질환	M40~M43 M45~M51 M53~M54

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 ‘특정 질병’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표11] 아나필락시스쇼크 분류표

① 약관에서 규정하는 아나필락시스쇼크는 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 음식의 유해작용으로 인한 아나필락시스쇼크	T78.0
2. 상세불명의 아나필락시스쇼크	T78.2
3. 혈청에 의한 아나필락시스쇼크	T80.5
4. 적절히 투여된 올바른 약물 또는 약제의 유해작용에 의한 아나필락시스쇼크	T88.6

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표12] 호흡기관 관련 질병 분류표

① 약관에서 규정하는 ‘호흡기관 관련 질병’으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘호흡기관 관련 질병’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 급성 상기도감염	J00~J06
2. 상기도의 상세불명 질환	J39.9
3. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
4. 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
5. 상세불명의 만성 기관지염	J42
6. 천식, 천식지속 상태	J45, J46
7 폐렴	J12~J18
[B25.0† : 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)]	B25.0†
[B05.2† : 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)]	B05.2†
[B01.2† : 수두폐렴(J17.1*)]	B01.2†
[B58.3† : 폐독소포자충증(J17.3*)]	B58.3†
8. 재향군인병	A48.1
9. 폐렴이 합병된 홍역	B05.2

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘호흡기관 관련 질병’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

가나다順 특약 색인

(ㄱ)		
고액치료비암 분류표		89
고액치료비암진단보장 특별약관(갱신형)		32
급성심근경색증 분류표		91
급성심근경색증 한방첩약비용보장 특별약관(갱신형)		44
급성심근경색증진단보장 특별약관(갱신형)		35
(ㄴ)		
뇌출혈 분류표		90
뇌출혈 한방첩약비용보장 특별약관(갱신형)		41
뇌출혈진단보장 특별약관(갱신형)		34
(ㄷ)		
보험금을 지급할 때의 적립이율 계산		67
보험료 자동납입 특별약관		61
(ㄸ)		
상해 20%이상 후유장애 특정비급여한방치료보장 특별약관(갱신형)		54
상해 20%이상 후유장애보장 특별약관(갱신형)		52
상해 50%이상 후유장애보장 특별약관(갱신형)		51
상해 80%이상 후유장애보장 특별약관(갱신형)		49
상해사망보장 특별약관(갱신형)		47
수술 후 한방첩약비용보장 특별약관(갱신형)		26
수술보장 특별약관(동일사고 또는 질병당 1회한)(갱신형)		23
(ㄹ)		
아나필락시스쇼크 분류표		95
아나필락시스쇼크진단(연간 1회한) 및 질병중환자실 입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관(갱신형)		57
악성신생물(암) 분류표		86
암 한방첩약비용보장 특별약관(갱신형)		36
암진단보장 특별약관(갱신형)		29
의료기관의 시설규격		92
일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표		85
입원보장 특별약관(4일이상 30일한도)(갱신형)		18
(ㄺ)		
장애인전용보험전환 특별약관		63
장애분류표		68
제자리신생물 분류표		87
중환자실 입원보장 특별약관(1일이상 180일한도)(갱신형)		21
지정대리청구서비스 특별약관		62
(ㄻ)		
특정 신체부위 분류표		93

특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관	60
특정 질병 분류표	94
(ㅎ)	
한방의료기관 입원보장 특별약관(4일이상 30일한도)(갱신형)	19
행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	88
호흡기관관련 질병 분류표	95

Chubb. Insured.SM