

무배당 THE 이로운 치아충전치료보장보험 2종(비갱신형)

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

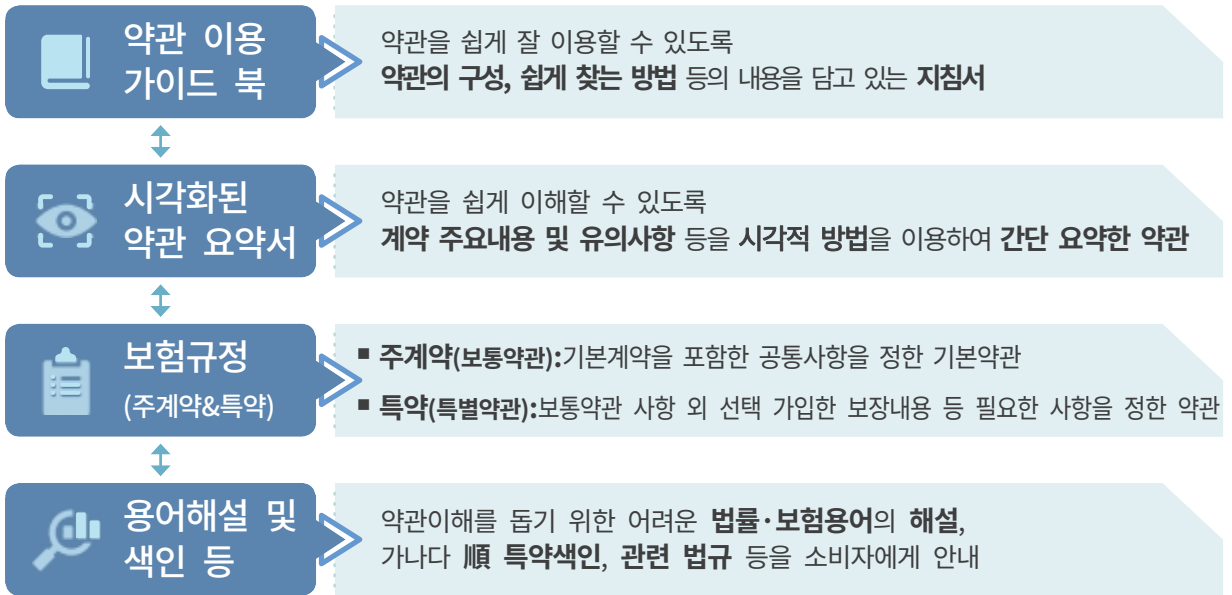
보험약관이란?

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), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	P1 P3		영상자료
*본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 「보험금 지급사유 및 미지급사유도 반드시 확인할 필요가 있음					
2	청약철회	제19조(청약의 철회)	P8		영상자료
3	계약취소	제20조(약관교부 및 설명의무 등)	P8		영상자료
4	계약 무효	제21조(계약의 무효)	P9		영상자료
5	계약 전 알릴 의무	제14조(계약 전 알릴 의무)	P5		영상자료
6	계약 후 알릴 의무	제15조(상해보험계약 후 알릴 의무)	P5		영상자료
7	보험료 연체 및 해지	제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	P12		영상자료
8	부활(효력회복)	제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	P13		영상자료
9	해약환급금	제31조(계약자의 임의해지), 제31조의2(위법계약의 해지), 제34조(해약환급금)	P13 P14		영상자료
10	보험계약대출	제35조(보험계약대출)	P14		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 P65**
*주 계약에 부가된 특약은 자유롭게 가입(의무특약 제외)할 수 있고 가입특약에 한해 보장받을 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 P60**

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 THE 이로운 치아충전치료보장보험 2종(비갱신형)

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 설명서 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.

I. 보험계약의 개요



- 보험회사명: 에이스아메리칸화재해상보험주식회사
- 보험상품명: 무배당 THE 이로운 치아충전치료보장보험 2종(비갱신형)
- 보험상품의 종류: 장기기타보험

01. 상품의 주요 특징

1 보험료 납입기간 = 보험기간

보험료를 납입하는 동안 보장받으실 수 있습니다.

2 비갱신형

연령의 증가, 위험률 변동 등의 요인으로
보험료가 인상되지 않는 비갱신형 상품입니다



3 주요 보장 내용



컴퍼짓레진

간접치아충전치료보장 (특약가입시)

크라운치료보장 (특약가입시)

보철치료보장 (특약가입시)

치주질환수술(치주소파술 포함) (특약가입시)



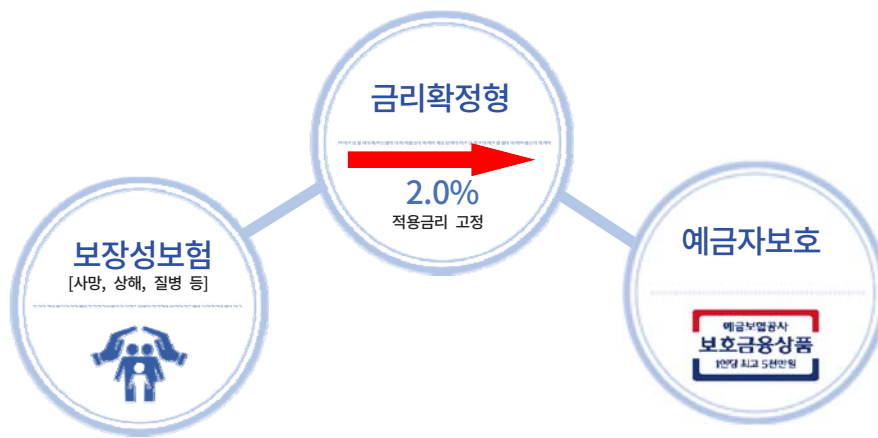
아나필락시스쇼크 보장(특약가입시)

질병중환자실 보장(특약가입시)

02. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 THE 이로운 치아충전치료보장보험 2종(비갱신형)

- ① 무배당: 계약자에게 배당하지 않는 상품입니다.
- ② 치아충전치료: **컴퍼짓레진**을 기본계약으로 구성하고, 간접치아충전치료, 기타 직접 치아충전치료, 치아충전물 수리·복구, 보철물 재부착 등을 포함하여 포함하여 크라운치료, 보철치료까지 보장하는 보험상품입니다.



II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



01. 보험금 지급제한 사항

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

주의

✓ 감액지급

감액지급

50%
[2년 미만]

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

■■■ 감액지급 적용 담보

구분	감액 기간 및 비율
신컴퍼짓레진 직접충전치료보장 신간접치아충전치료보장 신기타직접치아충전치료보장 치아충전물 수리·복구치료보장 신크라운치료보장	질병사고에 대해 계약일로부터 270일간 보험금 50% 지급
크라운수리·복구치료보장 치아보철물 재부착치료보장	계약일로부터 270일간 보험금 50% 지급
New 보철치료보장 New 보철치료보장 II	질병사고에 대해 계약일로부터 2년간 보험금 50% 지급

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

✓ 보장한도

보장한도

**보험금
지급한도 적용**

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

■ ■ ■ **지급한도 적용 담보**

구분		보장한도
New 보철치료보장/ New 보철치료보장 II	가철성의치(틀니)	연간 1회 에 한하여 보장
	임플란트	연간 3개 보장 (보험계약일로부터 2년이상인 경우 한도없음)
	고정성가공의치(브릿지)	
치주질환수술(치주소파술 포함) 및 턱관절장애 치료보장	턱관절장애입원보험금	1일이상 7일한도 로 보장
아나필락시스쇼크(연간 1회한)진단보장		연간 1회 에 한하여 보장
질병중환자실 입원일당보장		1일이상 180일한도 로 보장
호흡기관관련 질병중환자실 입원일당보장		1일이상 180일한도 로 보장

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

✓ 면책기간

면책기간

보험금
미지급

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

■■■ 면책기간 적용 담보

구분	면책 기간
신컴퍼지트레진 직접충전치료보장	질병사고 에 대해 계약일부터 90일 간 보장 제외 (단, 보험나이 3세미만인 경우 면책 없음)
신간접치아충전치료보장	
신기타직접치아충전치료보장	
치아충전물 수리·복구치료보장	
신크라운치료보장	
크라운수리·복구치료보장	
New 보철치료보장	계약일부터 180일 간 보장 제외
New 보철치료보장 II	재식립 임플란트 임플란트 치료일부터 1년 간 보장 제외
치주질환수술(치주소파술 포함) 및 턱관절장애 치료보장	계약일부터 90일 간 보장 제외
치아보철물 재부착치료보장	계약일부터 90일 간 보장 제외 (단, 보험나이 3세미만인 경우 면책 없음)
치주질환수술(치주소파술 포함)보장	

02. 해약환급금에 관한 사항

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



해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.

주의

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



04. 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 순수보장성보험이므로 만기환급금이 없습니다.

② 금리확정형보험



주의

- ① 이 보험의 보험료 적립금 산출에 적용되는 이율은 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 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.

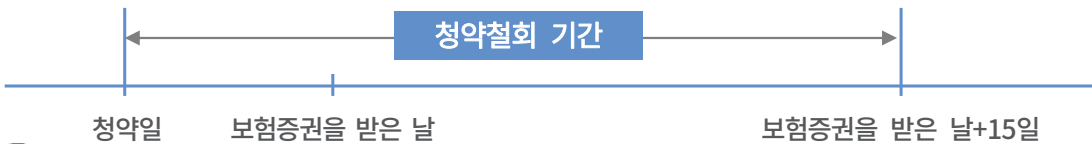
III. 보험계약의 일반사항



01. 청약을 철회할 수 있는 권리

주계약(보통보험)약관 제 19조

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



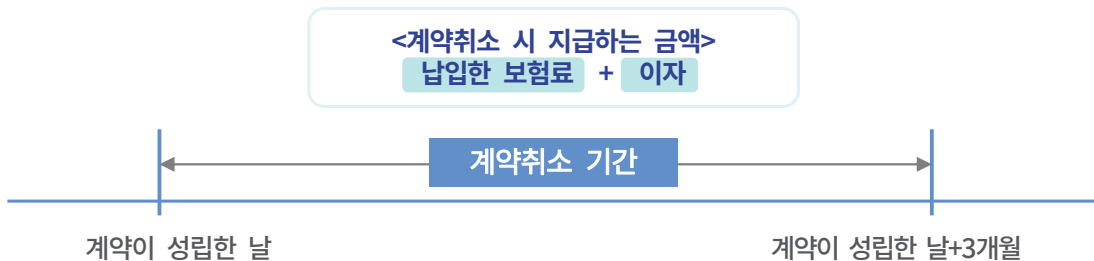
[청약철회가 불가한 경우]

- ① **청약일**부터 **30일**(만65세 이상 보험계약자&전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우
- ② **회사가 건강상태 진단을 지원하는 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 20조

- 보험계약자는 다음에서 계약이 성립한 날부터 **3개월 이내**에 **계약을 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



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 21조

- 보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
 - ☑ 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
 - ☑ 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 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 14조

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



- 계약 **해지** 가능 (회사)
- 보장 **제한** 가능 (회사)



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 대신**하므로 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 수령할 권한이 없음



III. 보험계약의 일반사항

05. 보험계약 후 알릴의무 및 위반시 효과

주계약(보통보험)약관 제 15조

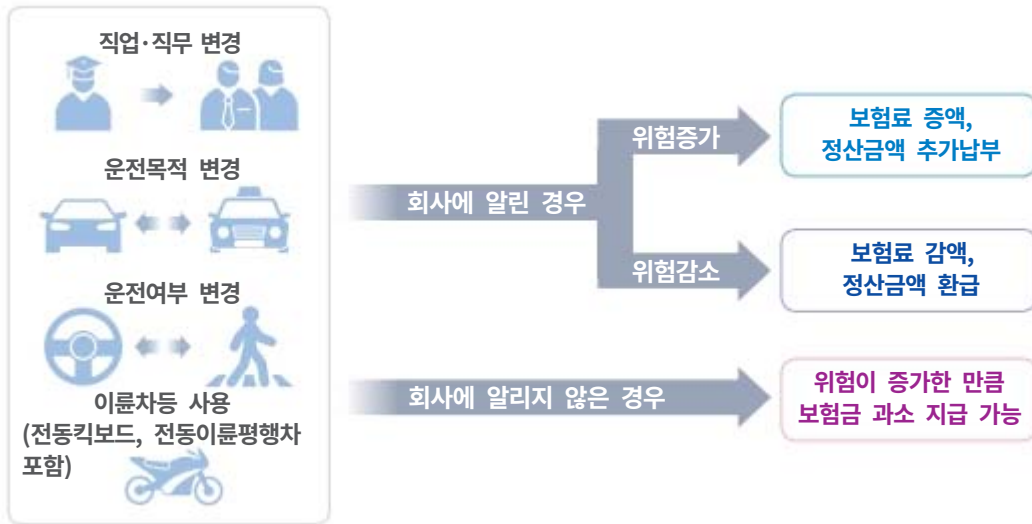
○ 보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무변경 등이 발생한 경우 지체없이** 보험회사에 알려야 하며, 이를 **위반하는 경우 보험금 지급이 제한될 수** 있습니다.



주의

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

- ① 위험이 감소한 경우 **보험료를 감액**하고 **정산금액을 환급**하여 드리며,
- ② 위험이 증가한 경우 **보험료가 증액**되고 **정산금액의 추가 납입이 필요**할 수 있습니다.



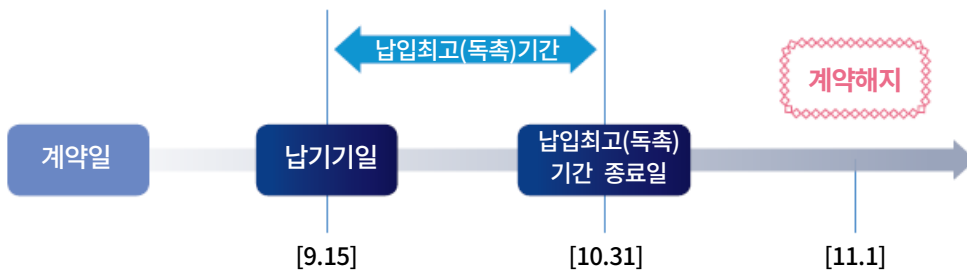
06. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

주계약(보통보험)약관 제 28조

○ 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 29조

- 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 35조

- 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

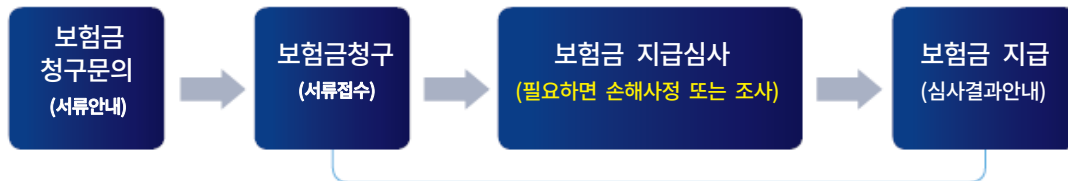
제 8조

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



주의

- ① **보험금 지급사유의 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 7일)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

2. 배상책임 사고

구분	구비서류
공통서류	① 보험금 청구서(개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호포함) ② 피보험자 주민등본(가족관계 확인서) ③ 피해자 신분증 사본, 개인정보처리 동의서 ④ 피보험자, 피해자 사고 확인서(당사 양식)
배상책임(대인)	① 피해자 진단서, 초진(응급)진료차트, 치료비 영수증 ② 사고관련 입증서류 및 합의서
배상책임(대물)	① 피해물 사진 ② 피해물 구입 영수증 및 수리 견적서, 수리영수증 ③ 사고관련 입증서류 및 합의서

3. 운전자 사고

구분	구비서류
공통서류	① 보험금 청구서 (개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 포함) ② 청구인(피보험자) 신분증 사본 ③ 사고입증서류(교통사고사실확인원 등)
견인비	① 사고처리확인서
면허정지위로금	① 면허정지확인원(교육이수 후) ② 운전경력증명서
면허취소위로금	① 면허취소확인원 ② 운전경력증명서
벌금	① 약식명령서(범죄사실 별지 포함) ② 벌금납부영수증
형사합의지원금 (교통사고처리지원금)	① 피해자진단서(사망 시 사망진단서) ② 경찰서나 검찰청에 제출된 형사합의서(합의금액 명시) ③ 공소장 ④ 공탁서 및 피해자 공탁금 출급 확인서(미합의서) ⑤ 형사합의금 입금내역서
변호사선임비용 (방어비용)	① 판결문, 구속영장(재소, 출소증명서) ② 공소장(약식기소(명령)제외) ③ 변호사가 발행한 세금계산서(변호사선임비용 청구 시)
대인할증지원금	자동차보험 사고처리 확인서(대인)
부상치료비보장	① 사고처리 확인서(본인) - 상해등급 표시 ② 사고입증서류(경찰서에서 발행하는 교통사고사실확인원 등)

4. 재물 사고

구분	구비서류
공통서류	① 보험금 청구서(개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 등) ② 청구인(피보험자)신분증 사본 ③ 사고사진, 복구사진 ④ 수리내역이 기재된 견적서, 수리 영수증
급배수 누출	① 급배수관 누수 사고임이 확인가능한 수리기사 소견서 ② 소유주가 기재된 건물 등기부 등본
6대/12대 가전	① 수리기사 소견서(당사 양식에 수리기가 작성 및 자필서명) ② 소재지와 일치하는 청구인(피보험자) 신분증 사본
보이스피싱	① 사건사고사실확인원 ② 피해금액 이체 내역 확인가능한 통장 사본 ③ 지급정지사실통지서
도난	① 도난신고사실확인원 ② 도난품의 구입당시 영수증 또는 손해액 입증가능 서류
풍수재	① 풍수재사고 확인 가능한 기상 증명원 ② 일반건축물대장
지진	① 지진사고 확인 가능한 지자체 확인원 ② 일반건축물대장
화재	① 화재증명원 ② 일반건축물대장
법률비용	① 소송, 법원 판결문 등 ② 소송비용관련 영수증 또는 이체내역 사본

5. 치아 사고

구분	구비서류
공통서류	① 보험금 청구서(개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 등) ② 청구인(피보험자)신분증 사본
컴퍼짓레진 아말감 기타직접치아충전 간접치아충전(골드 인레이/온레이 등) 임플란트 브릿지 틀니	① 치과치료확인서(당사양식) ② 진료비계산서 ③ 치과진료기록 사본 ④ (임플란트/브릿지/틀니 치료 청구 시) 치료 전·후 파노라마 사진
청구간소화 담보	진료비세부산정내역서(병원 발급) *구강검진/스케일링/구내방사선/파노라마 치료 청구 건에 한함

✓ 계약유지 중 불만사항의 접수

보험계약에 대한 각종 불편사항의 접수는 아래와 같이 다양한 방법으로 가능하며, 접수해주신 사항에 대해서는 관련부서에 즉시 통보하여 신속하게 처리해드리고 있습니다.

- 1) 인터넷 신청 : 당사 홈페이지 내 소비자포털(www.chubb.com)
- 2) E-mail 신청 : inquiries@chubb.com
- 3) 전화 신청 : 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

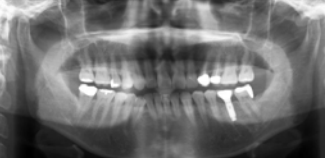
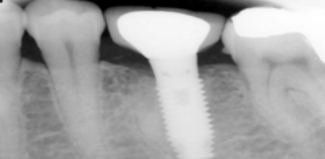








10. 청구권 소멸시효

주계약(보통보험)약관 제 39조

- 보험금청구권과 보험료 또는 적립액의 반환청구권은 3년간 행사해야 하며, 그렇지 않은 경우에는 받을 수 없게 됩니다.

치아보험 용어풀이

담보사항의 이해를 돕기 위하여 약관과는 별개로 알기 쉽게 풀이하였습니다.
상세한 내용은 약관을 참조하시기 바랍니다.

담보사항	내용	
파노라마		치아 전체를 모두 보이게 찍는 방사선 사진
구내 방사선		치아 1~2개만 찍는 방사선 사진
아말감		치아에 발생한 충치를 제거하고 그 제거된 빈 공간을 충전하여 기능적, 형태학적 구조를 회복하는 과정이며 이때 사용된 재료는 구리, 주석, 은 등의 합금(Alloy)과 수은의 혼합체임
컴퍼짓레진		컴퍼짓레진은 구강 충전 혹은 수복 재료로 사용되는 치과용 플라스틱 레진(수지)을 말하며, 치아와 유사한 색조, 조각의 편이성 및 상대적인 치료시간 감소 등의 장점 때문에 사용빈도가 높음
골드인레이		골드인레이는 충치 치료의 한 방법이며 제거된 충치부위의 본을 떠서 치과용 합금으로 주조물을 만든 후 치아 전용 접착제를 이용하여 장착하는 방식으로 이는 크라운 및 브릿지와는 달리 치아의 일부만을 회복하는 치료술식임
골드온레이		골드온레이는 충치 치료 시 인레이로서 해결되지 않는 경우에 선택하는 치료 술식이며, 충전해야 할 부위가 통상적으로 3면 이상인 경우에 해당하며, 이러한 온레이 치료술식은 치료부위 및 크기로 분류시 인레이와 crown의 중간 단계임
임플란트		구강조직에 이물 성형재료를 매식한 후 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 경우 (영구치를 발거한 자리에 치료한 경우 보상)
브릿지		치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하는 보철물로서 하나 또는 둘이상의 치아가 결손 되었을 경우 인접한 영구치에 연결하는 치료 (영구치를 발거한 자리에 치료한 경우 보상)
가철성의치 (틀니)		통상 틀니라고 하며 영구치와 그와 연관된 조직이 결손 되었을 때 인공적으로 대치하는 보철물 (영구치를 발거 후 보철 치료 시 보상)
영구치 크라운		치아의 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것으로 예상되는 경우 치아 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료

목차

* 본 약관내용 중 보통약관 및 특별약관의 적용은 무배당 THE 이로운 치아충전치료보장보험 2종(비갱신형) 증권에 명기된 것에 한하여 적용됩니다.

무배당 THE 이로운 치아충전치료보장보험 2종(비갱신형) 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)	1
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	2
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	3
제6조(보험금 지급사유의 통지)	3
제7조(보험금 등의 청구)	3
제8조(보험금 등의 지급절차)	4
제9조(만기환급금의 지급)	4
제10조(보험금 받는 방법의 변경)	4
제11조(주소변경통지)	5
제12조(보험수익자의 지정)	5
제13조(대표자의 지정)	5
제 3 관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	5
제14조(계약 전 알릴 의무)	5
제15조(상해보험계약 후 알릴 의무)	5
제16조(알릴 의무 위반의 효과)	6
제17조(사기에 의한 계약)	7
제 4 관 보험계약의 성립과 유지	7
제18조(보험계약의 성립)	7
제19조(청약의 철회)	8
제20조(약관교부 및 설명의무 등)	8
제21조(계약의 무효)	9
제22조(계약내용의 변경 등)	9
제23조(보험나이 등)	10
제24조(계약의 소멸)	10

제 5 관 보험료의 납입	11
제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	11
제26조(제2회 이후 보험료의 납입)	12
제27조(보험료의 자동대출납입)	12
제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	12
제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	13
제30조(강제집행 등으로 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	13
제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	13
제31조(계약자의 임의해지)	13
제31조의2(위법계약의 해지)	14
제32조(중대사유로 인한 해지)	14
제33조(회사의 파산선고와 해지)	14
제34조(해약환급금)	14
제35조(보험계약대출)	14
제36조(배당금의 지급)	15
제 7 관 분쟁의 조정 등	15
제37조(분쟁의 조정)	15
제38조(관할법원)	15
제39조(소멸시효)	15
제40조(약관의 해석)	15
제41조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	15
제42조(회사의 손해배상책임)	16
제43조(개인정보보호)	16
제44조(준거법)	16
제45조(예금보험에 의한 지급보장)	16

무배당 THE 이로운 치아충전치료보장보험 2종(비갱신형) 특별약관	18
신간접치아충전치료보장 특별약관	18
신기타직접치아충전치료 특별약관	20
치아충전물 수리·복구치료보장 특별약관	23
신크라운치료보장 특별약관	25
크라운수리·복구치료보장 특별약관	28
치아보철물 재부착치료보장(치아당) 특별약관	30
New보철치료보장 특별약관	32
New보철치료보장 II 특별약관	37
치주질환수술(치주소파술 포함) 및 턱관절장애 치료보장 특별약관	44
치주질환수술(치주소파술 포함)보장 특별약관	48
아나필락시스쇼크진단(연간 1회한) 및 질병중환자실 입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관	50
보험료 자동납입 특별약관	54
지정대리청구서비스 특별약관	54
장애인전용보험전환 특별약관	55
【부표】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	59
【별표1】 치주질환 분류표	60
【별표2】 턱관절장애 분류표	61
【별표3】 아나필락시스쇼크 분류표	62
【별표4】 호흡기관관련 질병 분류표	63
【별표5】 의료기관의 시설규격	64

무배당 THE 이로운 치아충전치료보장보험 2종(비갱신형) 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 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 마. 피보험자: 보험사고 발생의 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. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
- 3. 지급금과 이자율 관련 용어
- 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

<p>【연단위 복리 예시】 원금 100원, 연간 10% 이자율을 가정할 때</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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(대체 공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 질병을 원인으로 치과 의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 치과 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 컴퍼짓레진 직접충전 및 교체치료를 받았을 때에는 아래와 같이 컴퍼짓레진 직접충전치료보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

사고구분	계약일로부터 경과기간	지급금액
질병사고	270일 이내	컴퍼짓레진 직접충전치료 치아당 보험가입금액의 50%
	270일 초과	컴퍼짓레진 직접충전치료 치아당 보험가입금액의 100%
상해사고	전기간	컴퍼짓레진 직접충전치료 치아당 보험가입금액의 100%

주) 교체치료의 경우 교체 후 수복물을 기준으로 상기 보험금을 지급합니다.

【컴퍼짓레진】 컴퍼짓레진은 구강 충전 혹은 수복 재료로 사용되는 치과용 플라스틱 레진(수지)을 말하며, 치아와 유사한 색조, 조각의 편이성 및 상대적인 치료시간 감소등의 장점 때문에 사용빈도가 높음

【교체】 ‘교체’란, 기존의 수복물 또는 보철물을 완전히 제거한 후 새로운 수복물 또는 보철물로 다시 치료하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조】

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2019.4.23>
1. 의원급 의료기관: 의사, 치과 의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과 의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과 의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과 병원
 - 다. 한방 병원
 - 라. 요양 병원(「장애인복지법」 제58조제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신 병원
 - 바. 종합 병원

- ② 이미 치료를 받은 치아에 대하여 다음 중 어느 한가지의 원인으로 새로이 치아 치료를 한 경우에도 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

1. 이미 치료를 받은 치아에 대하여 새로운 상해 또는 질병을 원인으로 새로이 치아 치료를 한 경우
2. 기존 수복물을 방지하거나 교체하지 않을 경우 치아우식 등의 위험이 있어 교체가 필요하여 치아우식 등의 예방을 목적으로 새로이 치아 치료를 한 경우

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 제1항의 동일한 상해 또는 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일한 질병으로 간주합니다)으로 1개의 치아에 2회 이상의 치료를 받은 경우 하나의 사고로 인정하여 1회에 한하여 보험금을

지급합니다. 다만, 동일한 상해 또는 질병으로 인한 치료라 하더라도 보험금이 지급된 최종 치료일로부터 180일이 경과하여 개시한 치료는 새로운 상해 또는 질병으로 봅니다.

- ② 회사는 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 보장개시일 이후 치료를 받던 병원에서 다른 병원으로 이동하여 치료를 받은 경우에도 하나의 사고로 봅니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 보험기간 중에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우에는, 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 치아치료에 한하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제 3자의 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 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 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. 계약자의 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 제3조(보험금의 지급사유) 제1항의 세부보상기준에서 규정한 보상항목에 해당하지 않는 치과치료비
 5. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구하는 경우
 6. 특정한 사유 없이 피보험자의 단순 변심(미용목적 등)에 의해 수복물 또는 보철물을 교체한 경우
 7. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금 지급사유의 통지)

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

제7조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 보험금청구서(회사양식)
 2. 치과치료확인서(회사양식)
 3. 치과진료기록 사본
 4. 진료비계산서(국민건강보험에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증)
 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

- ② 제1항 제1호 내지 제4호의 치아치료 관련 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유의 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 장해지급률에 대한 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 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 **【부표】** ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조(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.

제9조(만기환급금의 지급)

이 계약은 순수보장성보험이므로 만기환급금이 없습니다.

제10조(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.

제11조(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.

제12조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제13조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2인 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

제14조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 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.

제15조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

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

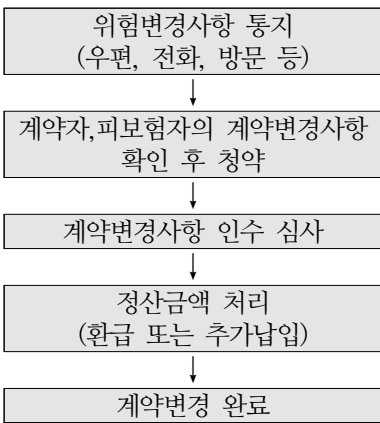
【직업】

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

【직무】 직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

- 2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
- 3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
- 4. 이륜자동차 또는 원동기장치 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 제22조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】



- 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 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제16조(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 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 최초계약 체결일부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
- 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 제15조(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.

제17조(사기에 의한 계약)

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

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제18조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외,

보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 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 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 이 약관 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제19조(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 전문금융소비자가 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 전문금융소비자를 말합니다.

【일반금융소비자】 전문금융소비자가 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 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제20조(약관교부 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

① 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.

② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 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

③ 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

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

④ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제21조(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 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제22조(계약내용의 변경 등)

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

1. 보험종목

2. 보험기간

3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간

4. 계약자, 피보험자

5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 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 해약환급금이 있을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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.

제23조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 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.

제24조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 지급하는 사망보험금이 없는 경우에도 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

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

- 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.

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

【민법 제27조(실종의 선고)】 1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.

2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

- ③ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제8조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 5 관 보험료의 납입

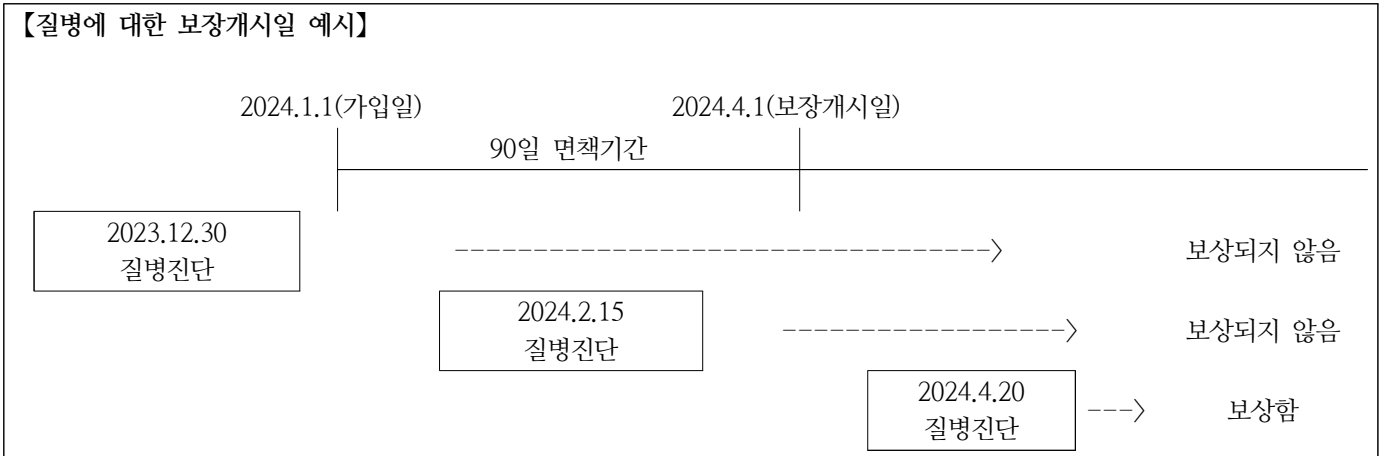
제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

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

- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제16조(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. 제1항의 규정에도 불구하고 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 컴퍼짓레진 직접충전치료 및 교체치료에 대한 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약체결 시 피보험자의 보험나이가 3세 미만인 경우에는 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장합니다.
 5. 제4항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 컴퍼짓레진 직접충전치료 및 교체치료를 받은 경우에는 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장합니다.

【질병에 대한 보장개시일 예시】



제26조(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.

제27조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 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 해약환급금과 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 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제28조(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 알려 드립니다. 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 해약환급금에서 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 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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 제14조(계약 전 알릴의무), 제16조(알릴 의무 위반의 효과), 제17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립) 및 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 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 중전 모든 부활 청약 포함) 제14조(계약 전 알릴의무)를 위반한 경우에는 제16조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제30조(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 회사에 지급하고 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제31조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제31조의2(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 계약자에게 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 제34조(해약환급금) 제5항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사 할 수 있습니다.

제32조(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 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제33조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【부표】 ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제1항의 해약환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제31조의 2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제35조(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 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
 - ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제36조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제37조(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.

제38조(관할법원)

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

제39조(소멸시효)

- ① 보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권, 책임준비금 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.

제40조(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.

제41조(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, 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.

제42조(회사의 손해배상책임)

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

【현저하게 공정성을 잃은 합의】 사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제43조(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.

제44조(준거법)

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

제45조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는바에 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 THE 이로운 치아충전치료보장보험 2종(비갱신형) 특별약관

신간접치아충전치료보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제5조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 질병을 원인으로 치과 의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 치과 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 간접치아충전 및 교체치료를 받았을 때에는 아래와 같이 간접치아충전치료보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

충전 및 교체치료		
사고구분	계약일로부터 경과기간	지급금액
질병사고	270일 이내	간접치아충전치료 치아당 보험가입금액의 50%
	270일 초과	간접치아충전치료 치아당 보험가입금액의 100%
상해사고	전기간	간접치아충전치료 치아당 보험가입금액의 100%

주) 교체치료의 경우 교체 후 수복물을 기준으로 상기 보험금을 지급합니다.

- ② 간접치아충전 및 교체치료란 ‘골드 인레이/ 골드 온레이’ 및 ‘기타 간접치아충전’ 및 교체치료를 포함합니다.

【골드인레이/골드온레이】 “골드인레이”는 충치 치료의 한 방법이며 제거된 충치부위의 본을 떠서 치과용 합금으로 주조물을 만든 후 치아 전용 접착제를 이용하여 장착하는 방식으로 이는 크라운 및 브릿지와는 달리 치아의 일부만을 회복하는 치료술식임. “골드온레이”는 충치 치료시 인레이로서 해결되지 않는 경우에 선택하는 치료술식이며, 충전해야 할 부위가 통상적으로 3면 이상인 경우에 해당하며, 이러한 온레이 치료술식은 치료부위 및 크기로 분류시 인레이와 crown의 중간 단계임.

【기타 간접치아충전치료】 치아에 손상이 생긴 경우 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태학적, 기능적 복구를 도모하는 치료로 구강외에서 금이외의 재료로 수복물을 제작하고 접착제를 사용하여 치아에 수복물을 간접충전하는 치료임. 크라운 및 브릿지와는 달리 치아의 일부만을 회복하는 치료술식임

【교체】 ‘교체’란, 기존의 수복물 또는 보철물을 완전히 제거한 후 새로운 수복물 또는 보철물로 다시 치료하는 것을 말합니다.

- ③ 이미 치료를 받은 치아에 대하여 다음 중 어느 한가지의 원인으로 새로이 치아치료를 한 경우에도 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.
- 이미 치료를 받은 치아에 대하여 새로운 상해 또는 질병을 원인으로 새로이 치아치료를 한 경우
 - 기존 수복물을 방치하거나 교체하지 않을 경우 치아우식 등의 위험이 있어 교체가 필요하여 치아우식 등의 예방을 목적으로 새로이 치아치료를 한 경우

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해 또는 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일한 질병으로 간주합니다)으로 1개의 치아에 2회 이상의 치료를 받은 경우 하나의 사고로 인정하여 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 다만, 동일한 상해 또는 질병으로 인한 치료라 하더라도 보험금이 지급된 최종 치료일로부터 180일이 경과하여 개시한 치료는 새로운 상해 또는 질병으로 봅니다.
- ② 회사는 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 보장개시일 이후 치료를 받던 병원에서 다른 병원으로 이동하여 치료를 받은 경우에도 하나의 사고로 봅니다.
- ③ 피보험자가 제5조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과

관련된 직접적인 치료를 하는 경우에는, 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 치아치료에 한하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

- 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.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 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. 계약자의 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 4. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 세부보상기준에서 규정한 보상항목에 해당하지 않는 치과치료비
 - 5. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구하는 경우
 - 6. 특정한 사유 없이 피보험자의 단순 변심(미용목적 등)에 의해 수복물 또는 보철물을 교체한 경우
 - 7. 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 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

제4조(보험금 등의 청구)

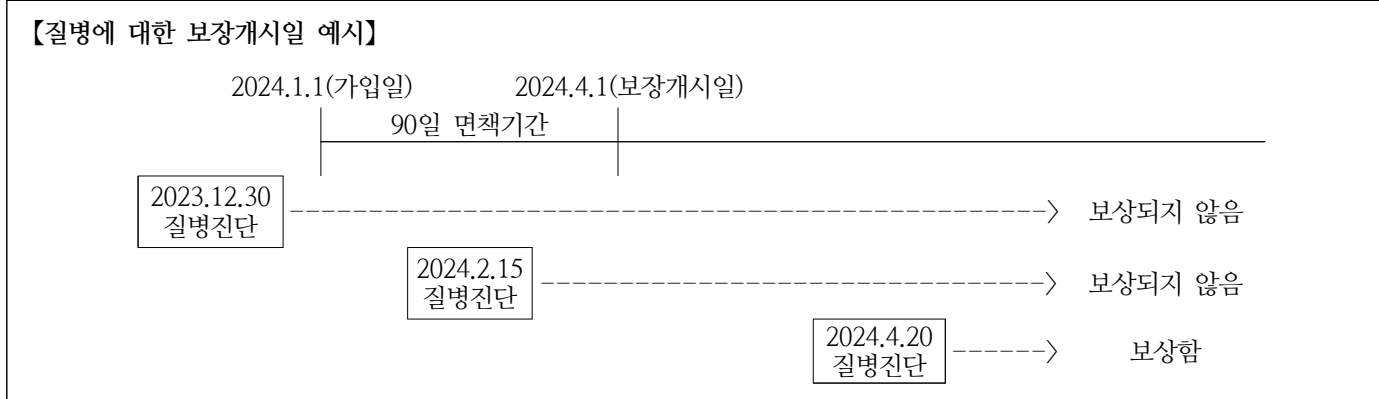
- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 보험금청구서(회사양식)
 - 2. 치과치료확인서(회사양식)
 - 3. 치과진료기록 사본
 - 4. 진료비계산서(국민건강보험에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증)
 - 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제1호 내지 제4호의 치아치료 관련 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 보통약관 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 보통약관 제16조(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 제1항의 규정에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 간접치아충전 및 교체치료에 대한 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약체결 시 피보험자의 보험나이가 3세 미만인 경우에는 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 간접치아충전 및 교체치료를 받은 경우에는 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장합니다.



제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

신기타직접치아충전치료 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제5조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 질병을 원인으로 치과 의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 치과 병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 기타 직접치아충전 및 교체치료를 받았을 때에는 아래와 같이 기타 직접치아충전치료보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

충전 및 교체치료		
사고구분	계약일로부터 경과기간	지급금액
질병사고	270일 이내	기타직접치아충전치료 치아당 보험가입금액의 50%
	270일 초과	기타직접치아충전치료 치아당 보험가입금액의 100%
상해사고	전기간	기타직접치아충전치료 치아당 보험가입금액의 100%

주) 교체치료의 경우 교체 후 수복물을 기준으로 상기 보험금을 지급합니다.

【기타 직접치아충전치료】 치아에 손상이 생긴 경우 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태학적, 기능적 복구를 도모하는 치료로 아말감, 컴퍼짓 레진 이외의 재료를 치아에 직접 수복하는 치료

② 이미 치료를 받은 치아에 대하여 다음 중 어느 한가지의 원인으로 새로이 치아치료를 한 경우에도 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

1. 이미 치료를 받은 치아에 대하여 새로운 상해 또는 질병을 원인으로 새로이 치아치료를 한 경우
2. 기존 수복물을 방치하거나 교체하지 않을 경우 치아우식 등의 위험이 있어 교체가 필요하여 치아우식 등의 예방을 목적으로 새로이 치아치료를 한 경우

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 동일한 상해 또는 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일한 질병으로 간주합니다)으로 1개의 치아에 2회 이상의 치료를 받은 경우 하나의 사고로 인정하여 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 다만, 동일한 상해 또는 질병으로 인한 치료라 하더라도 보험금이 지급된 최종 치료일로부터 180일이 경과하여 개시한 치료는 새로운 상해 또는 질병으로 봅니다.
- ② 회사는 피보험자가 하나의 동일한 상해 또는 질병으로 보장개시일 이후 치료를 받던 병원에서 다른 병원으로 이동하여 치료를 받은 경우에도 하나의 사고로 봅니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우에는, 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 치아치료에 한하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제 3자의 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 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 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. 계약자의 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 세부보상기준에서 규정한 보상항목에 해당하지 않는 초과치료비
 5. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구하는 경우
 6. 특정한 사유 없이 피보험자의 단순 변심(미용목적 등)에 의해 수복물 또는 보철물을 교체한 경우
 7. 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 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

제4조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

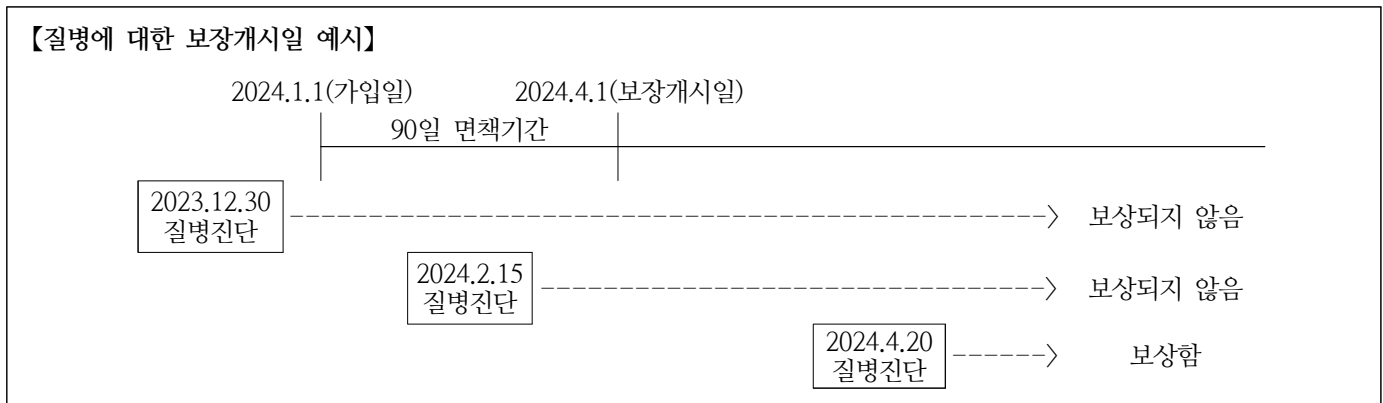
1. 보험금청구서(회사양식)
 2. 치과치료확인서(회사양식)
 3. 치과진료기록 사본
 4. 진료비계산서(국민건강보험에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증)
 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제1호 내지 제4호의 치아치료 관련 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 보통약관 제14조(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 제16조(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 제1항의 규정에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타직접치아충전 및 교체치료에 대한 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약체결 시 피보험자의 보험나이가 3세 미만인 경우에는 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타직접치아충전 및 교체치료를 받은 경우에는 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장합니다.



제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

치아충전물 수리·복구치료보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제5조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 질병을 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 치과 병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 치아충전물의 수리·복구치료를 받았을 때에는 아래와 같이 치아충전물수리·복구치료보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

구분		질병사고		상해사고
		계약일로부터 270일 이내	계약일로부터 270일 초과	전기간
직접치아 충전물 수리·복구	아말감 수리·복구	치아충전물 수리·복구치 료 보험가입금액의 50% (치아당)	치아충전물 수리·복구치 료 보험가입금액의 100%(치아당)	치아충전물 수리·복구치 료 보험가입금액의 100%(치아당)
	컴퍼짓 레진 수리·복구			
	기타직접치아충전 수리·복구			
간접치아충전물 수리·복구				

주) 간접치아충전치료란 ‘골드 인레이/ 골드 온레이’ 및 ‘기타 간접치아충전치료’를 포함합니다.

【수리·복구】 ‘수리·복구’란, 수복물 또는 보철물의 외형 및 변연부를 다듬어 표면질감을 향상시키는 치료를 말합니다. 또한, 기존 수복물 및 보철물의 연삭, 경계부 실링 및 기존 수복물의 일부 또는 이에 인접한 일부 치아 조직을 제거한 후 해당 부위에 새로운 수복물을 결합시키는 치료를 포함합니다. 단, 떨어진 보철물을 재부착하는 경우는 제외합니다.

- ② 이미 치료를 받은 치아에 대하여 다음 중 어느 한가지의 원인으로 새로이 치아치료를 한 경우에도 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.
 1. 이미 치료를 받은 치아에 대하여 새로운 상해 또는 질병을 원인으로 새로이 치아치료를 한 경우
 2. 기존 수복물을 방치할 경우 치아우식 등의 위험이 있어 수리·복구가 필요하여 치아우식 등의 예방을 목적으로 새로이 치아치료를 한 경우

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 동일한 상해 또는 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일한 질병으로 간주합니다)으로 1개의 치아에 2회 이상의 치료를 받은 경우 하나의 사고로 인정하여 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 다만, 동일한 상해 또는 질병으로 인한 치료라 하더라도 보험금이 지급된 최종 치료일로부터 180일이 경과하여 개시한 치료는 새로운 상해 또는 질병으로 봅니다.
- ② 회사는 피보험자가 하나의 동일한 상해 또는 질병으로 보장개시일 이후 치료를 받던 병원에서 다른 병원으로 이동하여 치료를 받은 경우에도 하나의 사고로 봅니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우에는, 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 치아치료에 한하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제 3자의 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 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 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. 계약자의 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 세부보상기준에서 규정한 보상항목에 해당하지 않는 초과치료비
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 치아수복물 또는 치아보철물을 교체하는 경우
 7. 특정한 사유 없이 피보험자의 단순 변심(미용목적 등)에 의해 수복물 또는 보철물을 수리, 복구한 경우
- 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

제4조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

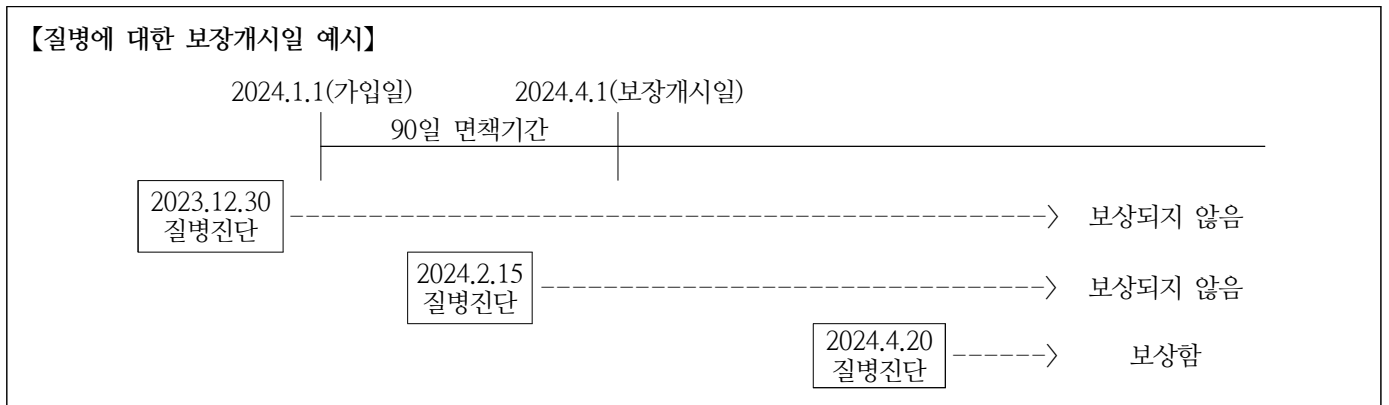
1. 보험금청구서(회사양식)
 2. 초과치료확인서(회사양식)
 3. 초과진료기록 사본
 4. 진료비계산서(국민건강보험에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 초과 진료비 영수증)
 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제1호 내지 제4호의 치아치료 관련 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 보통약관 제14조(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 제16조(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 제1항의 규정에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아충전물의 수리·복구치료에 대한 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약체결 시 피보험자의 보험나이가 3세 미만인 경우에는 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아충전물의 수리·복구치료를 받은 경우에는 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장합니다.



제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

신크라운치료보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제6조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 질병 또는 상해를 원인으로 크라운치료를 진단확정 받고, 해당 치아에 대하여 치과 의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 치과 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 크라운치료 및 교체치료를 받았을 때에는 아래와 같이 크라운치료보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

사고구분	계약일로부터 경과기간	지급금액
질병사고	270일이내	크라운치료 치아당 보험가입금액의 50%
	270일초과	크라운치료 치아당 보험가입금액의 100%
상해사고	전기간	크라운치료 치아당 보험가입금액의 100%

주) 교체치료의 경우 교체 후 수복물을 기준으로 상기 보험금을 지급합니다.

【유치】 젓먹이때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.

【영구치】 유치(젓니)가 빠진 후 나는 자연치를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상치아)는 제외합니다.

【크라운치료】 치관장착(Crown) 치료를 말하며, 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것이 예상되는 경우 치아 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.

【교체】 ‘교체’란, 기존의 수복물 또는 보철물을 완전히 제거한 후 새로운 수복물 또는 보철물로 다시 치료하는 것을 말합니다.

② 이미 치료를 받은 치아에 대하여 다음 중 어느 한가지의 원인으로 새로이 치아치료를 한 경우에도 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

1. 이미 치료를 받은 치아에 대하여 새로운 상해 또는 질병을 원인으로 새로이 치아치료를 한 경우
2. 기존 수복물을 방치하거나 교체하지 않을 경우 치아우식 등의 위험이 있어 교체가 필요하여 치아우식 등의 예방을 목적으로 새로이 치아치료를 한 경우

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해 또는 질병으로 1개의 치아에 2회 이상의 치료를 받은 경우 하나의 사고로 인정하여 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 다만, 동일한 상해 또는 질병으로 인한 치료라 하더라도 보험금이 지급된 최종 치료일로부터 180일이 경과하여 개시한 치료는 새로운 상해 또는 질병으로 봅니다.
- ② 회사는 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 보장개시일 이후 치료를 받던 병원에서 다른 병원으로 이동하여 치료를 받은 경우에도 하나의 사고로 봅니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 크라운치료를 진단확정 받은 해당 치아에 대하여 보험기간 중에 임시크라운을 장착한 경우에는, 계약의 효력이 없어진 이후에도 크라운치료를 받았으면 해당 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우에는, 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 치아치료에 한하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- 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.

제3조(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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 5. 매복치, 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)의 치료
 6. 치열교정준비
 7. 치과치료를 위한 임시 치과치료
 8. 라미네이트 등 미용 상의 치료
 9. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구하는 경우
 10. 특정한 사유 없이 피보험자의 단순 변심(미용목적 등)에 의해 수복물 또는 보철물을 교체한 경우
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에

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

제4조(보험금 등의 청구)

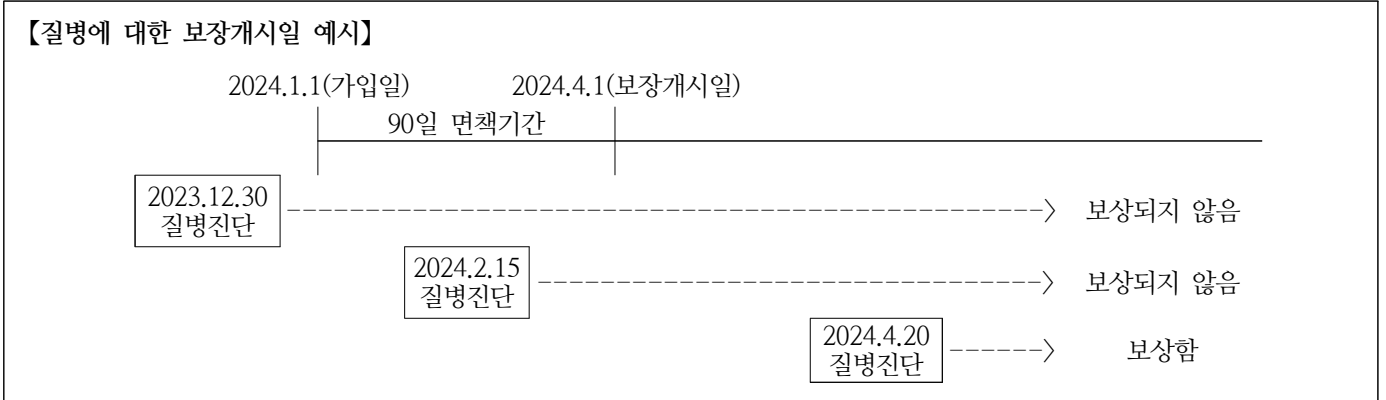
① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금청구서(회사양식)
 2. 치아 치료관련 증명서
 - 가. 진료비계산서(국민건강보험에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증)
 - 나. 치과치료확인서(회사양식) (아래의 내용이 포함되어야 합니다)
 - (1) 치료한 치아의 위치(또는 치아번호)
 - (2) 해당 치아의 내원 당시의 치아상태
 - (3) 직접적인 치아 치료원인
 - (4) 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
 - 다. 치과진료기록 사본
 - 라. 회사는 상기 “가”, “나”의 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 치과치료 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료를 추가로 요구할 수 있습니다.
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 치아치료 관련 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약에 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 보통약관 제14조(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 제16조(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 제1항의 규정에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 크라운치료에 대한 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약체결 시 피보험자의 보험나이가 3세 미만인 경우에는 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 크라운치료를 받은 경우에는

제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장합니다.



제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

크라운수리·복구치료보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제6조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 질병 또는 상해를 원인으로 크라운수리·복구치료를 진단확정 받고, 해당 치아에 대하여 치과의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 치과 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 크라운수리·복구치료를 받았을 때에는 아래와 같이 크라운수리·복구치료보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

사고구분	계약일로부터 경과기간	지급금액
질병사고	270일 이내	크라운수리·복구치료 치아당 보험가입금액의 50%
	270일 초과	크라운수리·복구치료 치아당 보험가입금액의 100%
상해사고	전기간	크라운수리·복구치료 치아당 보험가입금액의 100%

【유치】 젓먹이때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
【영구치】 유치(젓니)가 빠진 후 나는 자연치를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상치아)는 제외합니다.
【크라운치료】 치관장착(Crown) 치료를 말하며, 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것이 예상되는 경우 치아 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.
【수리·복구】 ‘수리·복구’란, 수복물 또는 보철물의 외형 및 변연부를 다듬어 표면질감을 향상시키는 치료를 말합니다. 또한, 기존 수복물 및 보철물의 연삭, 경계부 실링 및 기존 수복물의 일부 또는 이에 인접한 일부 치아 조직을 제거한 후 해당 부위에 새로운 수복물을 결합시키는 치료를 포함합니다. 단, 떨어진 보철물을 재부착하는 경우는 제외합니다.

- ② 이미 치료를 받은 치아에 대하여 다음 중 어느 한가지의 원인으로 새로이 치아치료를 한 경우에도 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.
1. 이미 치료를 받은 치아에 대하여 새로운 상해 또는 질병을 원인으로 새로이 치아치료를 한 경우
 2. 기존 수복물을 방치할 경우 치아우식 등의 위험이 있어 수리·복구가 필요하여 치아우식 등의 예방을 목적으로 새로이 치아치료를 한 경우

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해 또는 질병으로 1개의 차이에 2회 이상의 치료를 받은 경우 하나의 사고로 인정하여 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 다만, 동일한 상해 또는 질병으로 인한 치료라 하더라도 보험금이 지급된 최종 치료일로부터 180일이 경과하여 개시한 치료는 새로운 상해 또는 질병으로 봅니다.
- ② 회사는 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 보장개시일 이후 치료를 받던 병원에서 다른 병원으로 이동하여 치료를 받은 경우에도 하나의 사고로 봅니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 크라운치료를 진단확정 받은 해당 치아에 대하여 보험기간 중에 임시크라운을 장착한 경우에는, 계약의 효력이 없어진 이후에도 크라운치료를 받았으면 해당 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의의 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우에는, 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 치아치료에 한하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- 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.

제3조(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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 5. 매복치, 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)의 치료
 6. 치열교정준비
 7. 치과치료를 위한 임시 치과치료
 8. 라미네이트 등 미용 상의 치료
 9. 치아수복물 또는 치아보철물을 교체하는 경우
 10. 특정한 사유 없이 피보험자의 단순 변심(미용목적 등)에 의해 수복물 또는 보철물을 수리, 복구한 경우
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 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

제4조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 보험금청구서(회사양식)
 2. 치과치료확인서(회사양식)
 3. 치과진료기록 사본
 4. 진료비계산서(국민건강보험에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증)
 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는

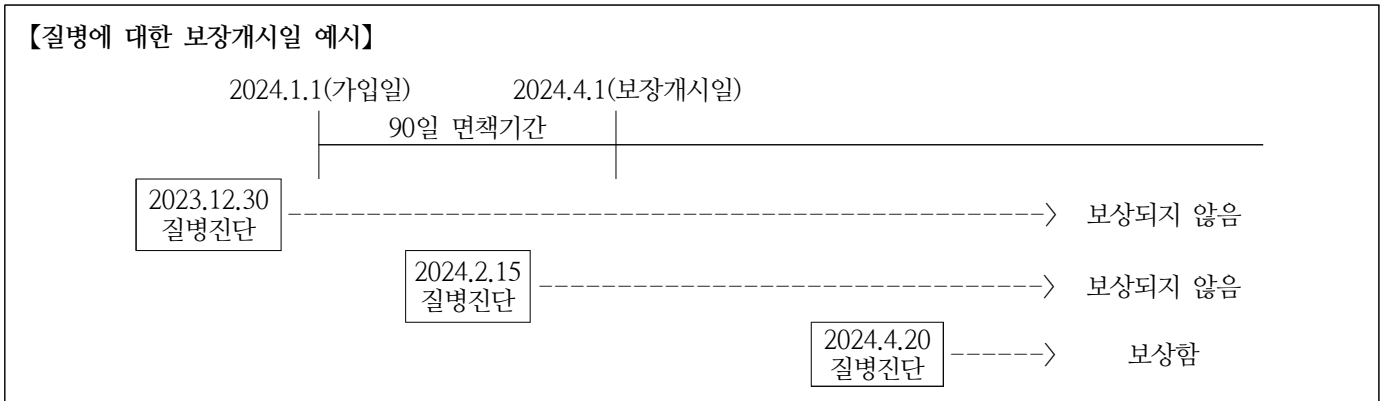
본인서명사실확인서 포함)

6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제1호 내지 제4호의 치아치료 관련 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 - 1. 보통약관 제14조(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 제16조(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 제1항의 규정에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 크라운수리·복구치료에 대한 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약체결 시 피보험자의 보험나이가 3세 미만인 경우에는 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 크라운수리·복구치료를 받은 경우에는 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장합니다.



제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

치아보철물 재부착치료보장(치아당) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제6조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 치과의사 면허를

가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 치과 병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 보철치료를 받은 치아에서 떨어진 기존의 보철물에 대하여 “보철물재부착” 치료를 받았을 때 치아치료 1개당 아래에서 정한 금액을 보험수익자에게 치아보철물재부착보험금(치아당)으로 지급합니다.

구분	계약일로부터 270일 이내	계약일로부터 270일 초과
치아보철물 재부착(치아당)	‘치아보철물 재부착치료보장’ 보험가입금액의 50% (치아당)	‘치아보철물 재부착치료보장’ 보험가입금액의 100% (치아당)

② 이미 보철물재부착 치료를 받은 치아에 대하여 새로이 보철물재부착 치료를 한 경우에도 제1항에 따라 해당 보험금을 지급합니다.

제2조(보철물재부착의 정의)

① 이 약관에서 “보철물재부착”이라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 “보철물재부착 급여인정 기준”이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	진료행위코드
보철물재부착[1치당]	U0220

② 제1항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 “보철물재부착 급여인정 기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “보철물재부착 급여인정 기준”을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 “보철물재부착” 외에 “보철물재부착 급여인정 기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- 치열교정준비
- 치과치료를 위한 임시 치과치료
- 라미네이트 등 미용상의 치료

제5조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- 보험금청구서(회사양식)
- 치과치료확인서(회사양식)
- 치과진료기록 사본
- 진료비계산서(국민건강보험에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증)
- 진료비세부산정내역서
- 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

7. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제1호 내지 제4호의 치아치료 관련 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 보통약관 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 보통약관 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보철물재부착에 대한 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약체결 시 피보험자의 보험나이가 3세 미만인 경우에는 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

New보철치료보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제6조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 치과 의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 치과 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 받거에 대한 진단확정을 받고 해당 영구치를 받거한 부위에 임플란트, 가철성의치(틀니) 또는 고정성가공의치(브릿지) 치료(이하 “치아보철치료”라 합니다)를 받았을 때에는 아래의 세부보상기준에 따라 치아보철치료보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

〈세부보상기준〉

사고구분	보험계약일로부터 경과기간	치료	치아보철치료보험금
질병사고	2년미만	가철성의치(틀니)	보철물당 보험가입금액의 100%
		임플란트	영구치발거 1개당 보험가입금액의 50%
		고정성가공의치(브릿지)	영구치발거 1개당 보험가입금액의 50%
	2년이상	가철성의치(틀니)	보철물당 보험가입금액의 200%
		임플란트	영구치발거 1개당 보험가입금액의 100%
		고정성가공의치(브릿지)	영구치발거 1개당 보험가입금액의 100%
상해사고	전기간	가철성의치(틀니)	보철물당 보험가입금액의 200%
		임플란트	영구치발거 1개당 보험가입금액의 100%
		고정성가공의치(브릿지)	영구치발거 1개당 보험가입금액의 100%

【임플란트】 “임플란트(Implant)”란 점막 또는 골막층 하방 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 이물 성형재료를 매식한 후 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

【가철성의치(틀니)】 “가철성의치(Denture)”란 일반적으로 틀니라고 말하며 영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때 인공적으로 대체하는 보철물을 장착하는 시술로서 국소의치와 총의치를 포함합니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며 금관, 지대치 혹은 다른 고정성 가공의치(Bridge) 및 점막에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위 조직을 대신하는 인공 보철물입니다.

【고정성가공의치(브릿지)】 “고정성가공의치(Bridge)”란 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되어지는 보철물을 말합니다.

【질병사고에 대한 보험금 지급 예시】 보험가입금액 50만원 가입 예시

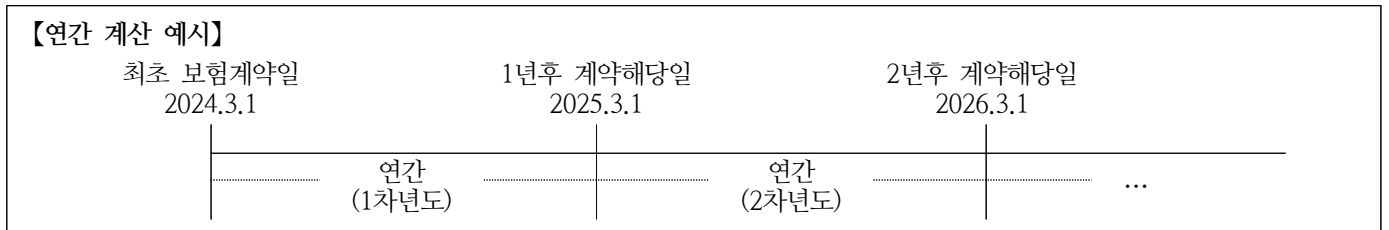
(사례1)2024.4.1. 영구치 1개 발거후 1개 임플란트 치료받음	(사례2-1)2025.10.2. 영구치 2개 발거후 1개 임플란트 치료받음	(사례2-2)2026.5.10. 1개 임플란트 치료받음 (2023.10.2.에 발거한 영구치 중 치료받지 않은 영구치)	(사례3)2026.6.5. 영구치 1개 발거후 1개 임플란트 치료받음
180일 면책기간			
2024. 1. 1 보험계약일	2024. 6. 30 보장개시일	2026. 1. 1 2년후 계약해당일	
보장하지 않음	임플란트 치료한 영구치 1개에 대하여 25만원 보장	임플란트 치료한 영구치 1개에 대하여 25만원 보장	임플란트 치료한 영구치 1개에 대하여 50만원 보장

- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2024.4.1.에 발거한 치아는 면책기간(계약일로부터 180일) 동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않음
- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2025.10.2.에 발거한 치아는 감액기간(계약일로부터 180일 초과 2년 미만) 동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 25만원을 지급
- 2026.1.1. 이후 발거한 치아의 경우 보험기간 중 치료시 50만원을 지급

② 제1항의 경우 각각 다음을 연간 보장한도로 해당 치료보험금을 지급합니다.

치료구분	보험계약일로부터 경과기간	연간 보장한도	비고
가철성의치(틀니)	전기간	연간 1회	연간 보장한도를 초과하여 치료한 경우 보험금을 지급하지 않음
임플란트	2년미만	연간 3개	연간 보장한도(연간 발거한 영구치 개수 기준)를 초과하여 발거한 영구치는 치료시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않음
	2년이상	한도 없음	-
고정성가공의치(브릿지)	2년미만	연간 3개	연간 보장한도(연간 발거한 영구치 개수 기준)를 초과하여 발거한 영구치는 치료시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않음
	2년이상	한도 없음	-

③ 제2항의 “연간”이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 계약해당일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 날까지의 기간을 말합니다.



④ 제1항의 “질병”은 보험기간 중에 발병된 질병으로 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)에 있어서 아래의 분류번호에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 “질병” 해당여부를 판단합니다.

1. K00 치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애
2. K02 치아우식증
3. K03 치아경조직의 기타 질환
4. K04 치수 및 치근단주위 조직의 질환
5. K05 치은염(잇몸염) 및 치주질환
6. K06 치은(잇몸) 및 무치성 치조용선(이틀용기)의 기타장애
7. K08 치아 및 지지구조의 기타장애

⑤ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 “질병” 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 제4항의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

⑥ 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해나 질병으로 복합형태의 치아보철치료를 받은 경우 해당 치아보철치료 중 가장 높은 한 가지의 치료항목의 치아보철치료보험금을 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우에는, 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 치아치료에 한하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- 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 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 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
- ③ 회사는 아래의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 보장개시일 전일 이전에 영구치 발거를 진단확정 받은 경우 또는 발거한 경우
 2. 치아보철물에 대한 수리, 복구 및 교체 치료를 하는 경우
 3. 부정치열을 교정하기 위해 영구치를 발거하는 경우
 4. 매복치 및 매몰치(Embedded and impacted teeth) 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 보철치료
 5. 영구치발거의 직접적인 원인이 상해나 질병이 아닌 보철치료를 위한 준비로서 영구치를 발거하는 경우
 6. 크라운치료, 레진치료 등 영구치 발거와 관련 없는 치료
 7. 미용이나 성형목적으로 영구치를 발거하는 경우
 8. 기타 상해나 질병이 아닌 다른 원인으로 영구치를 발거하는 경우

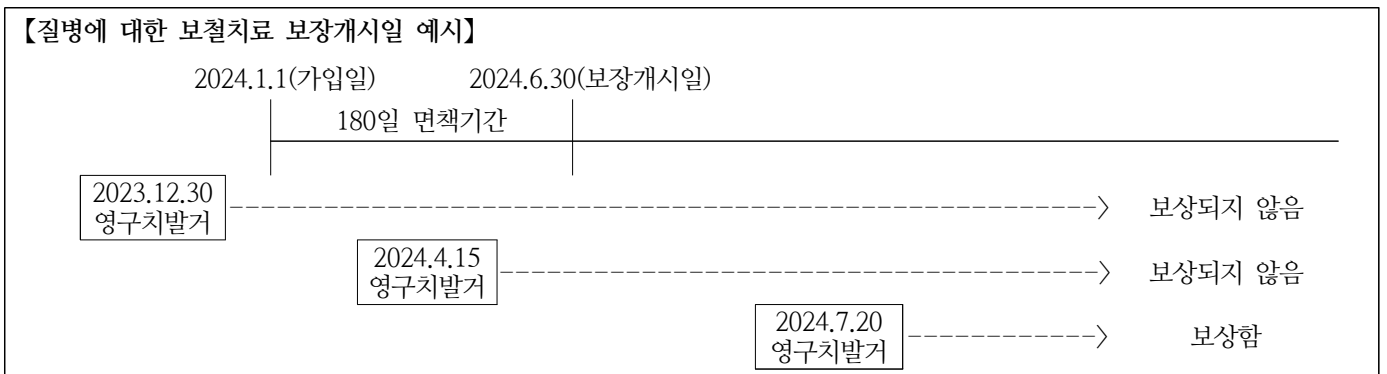
제4조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 보험금청구서(회사양식)
 2. 치아보철치료 관련 증명서
- 가. 진료비계산서(국민건강보험에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증)
- 나. 치과치료확인서(회사양식) (아래의 내용이 포함되어야 합니다)
- (1) 영구치 발거의 위치(또는 치아번호)
 - (2) 해당 영구치의 내원 당시의 치아상태

- (3) 직접적인 영구치 발거 원인
 - (4) 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
- 다. 치과진료기록 사본
- 라. 회사는 상기 “가”, “나”의 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 영구치 발거 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료를 추가로 요구할 수 있습니다.
- 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 치아보철치료 관련 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 - 1. 보통약관 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 - 2. 보통약관 제16조(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 제1항의 규정에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아보철치료에 대한 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음 날로 합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아보철치료를 받은 경우에는 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장합니다.



제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제28조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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 제14조(계약 전 알릴의무), 보통약관 제16조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제17조(사기에 의한 계약), 보통약관 제18조(보험계약의 성립) 및 제5조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 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) 보통약관 제14조(계약 전 알릴의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제16조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

New보철치료보장 II 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
- 1. 피보험자가 제7조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 치과 의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 치과 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 발거에 대한 진단확정을 받고 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니) 치료를 받았을 경우 : 아래의 금액을 가철성의치(틀니)치료 보험금으로 지급합니다.

보장명	사고구분	계약일로부터 경과기간	지급금액
가철성의치(틀니) 치료보험금	질병사고	2년미만	보철물당 보험가입금액의 100%
		2년이상	보철물당 보험가입금액의 200%
	상해사고	전기간	보철물당 보험가입금액의 200%

【가철성의치(틀니)】 “가철성의치(Denture)”란 일반적으로 틀니라고 말하며 영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때 인공적으로 대체하는 보철물을 장착하는 시술로서 국소의치와 총의치를 포함합니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며 금관, 지대치 혹은 다른 고정성 가공의치(Bridge) 및 점막에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위 조직을 대신하는 인공 보철물입니다.

- 2. 피보험자가 제7조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 치과 의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 치과 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 발거에 대한 진단확정을 받고 해당 영구치를 발거한 부위에 고정성가공의치(브릿지) 치료를 받았을 경우 : 아래의 금액을 고정성가공의치(브릿지)치료 보험금으로 지급합니다.

보장명	사고구분	계약일로부터 경과기간	지급금액
고정성가공의치(브릿지) 치료보험금	질병사고	2년미만	영구치발거 1개당 보험가입금액의 50%
		2년이상	영구치발거 1개당 보험가입금액의 100%
	상해사고	전기간	영구치발거 1개당 보험가입금액의 100%

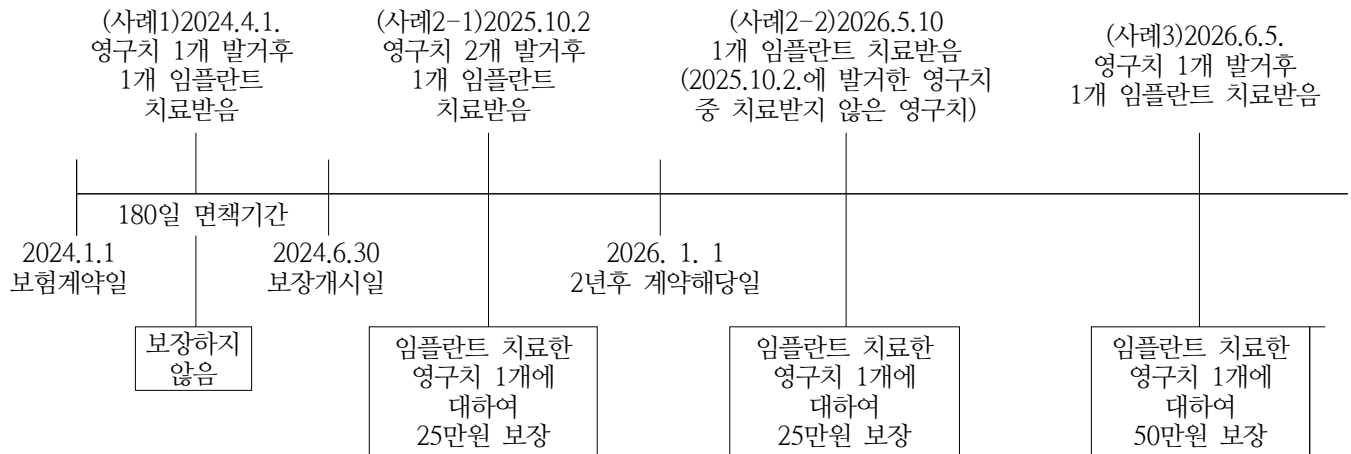
【고정성가공의치(브릿지)】 “고정성가공의치(Bridge)”란 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되어지는 보철물을 말합니다.

3. 피보험자가 제7조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 치과 의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 치과 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 발거에 대한 진단확정을 받고 해당 영구치를 발거한 부위에 임플란트 치료를 받았을 경우 : 아래의 금액을 임플란트치료 보험금으로 지급합니다.

보장명	사고구분	계약일로부터 경과기간	지급금액
임플란트 치료보험금	질병사고	2년미만	영구치발거 1개당 보험가입금액의 50%
		2년이상	영구치발거 1개당 보험가입금액의 100%
	상해사고	전기간	영구치발거 1개당 보험가입금액의 100%

【임플란트】 “임플란트(Implant)”란 점막 또는 골막층 하방 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 이물 성형재료를 매식한 후 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

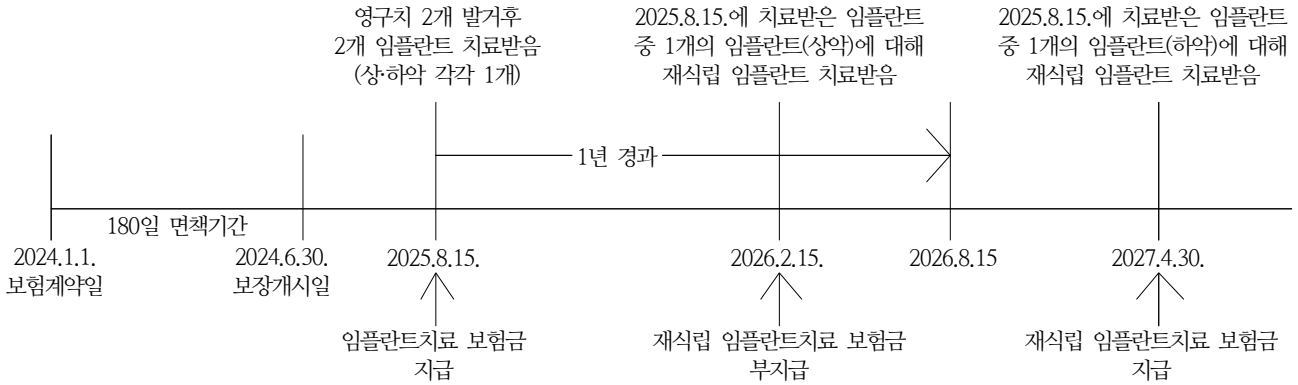
【질병사고에 대한 보험금 지급 예시】 보험가입금액 50만원 가입 예시



- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2024.4.1.에 발거한 치아는 면책기간(계약일로부터 180일) 동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않음
- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2025.10.2.에 발거한 치아는 감액기간(계약일로부터 180일 초과 2년 미만) 동안 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 25만원을 지급
- 2026.1.1. 이후 발거한 치아의 경우 보험기간 중 치료시 50만원을 지급

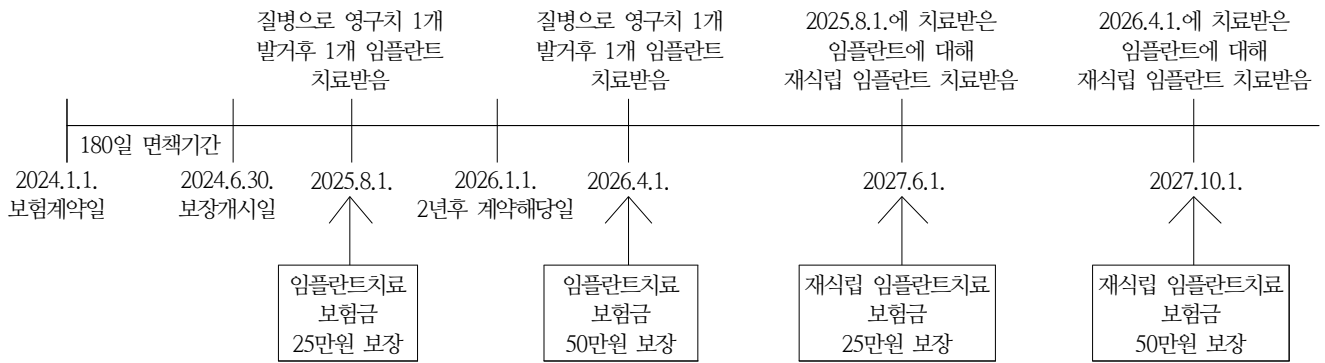
4. 피보험자가 보험기간 중 제3호에서 정한 임플란트치료 보험금 지급사유가 발생하고, 그 임플란트 치료일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날 이후에 해당 부위에 “재식립 임플란트 치료”를 받았을 경우 : 제3호에서 정한 임플란트치료 보험금 지급사유 발생시 회사가 지급한 임플란트치료 보험금 지급금액과 동일한 금액을 재식립 임플란트치료 보험금으로 지급합니다.

【재식립 임플란트치료 보험금 지급예시①】



□ 2026.2.15.에 치료받은 재식립 임플란트는 최초 임플란트 치료일(2025.8.15.)로부터 1년이 경과되기 전에 치료받은 것으로 보험금을 지급하지 않음

【재식립 임플란트치료 보험금 지급예시②】 보험가입금액 50만원 가입예시

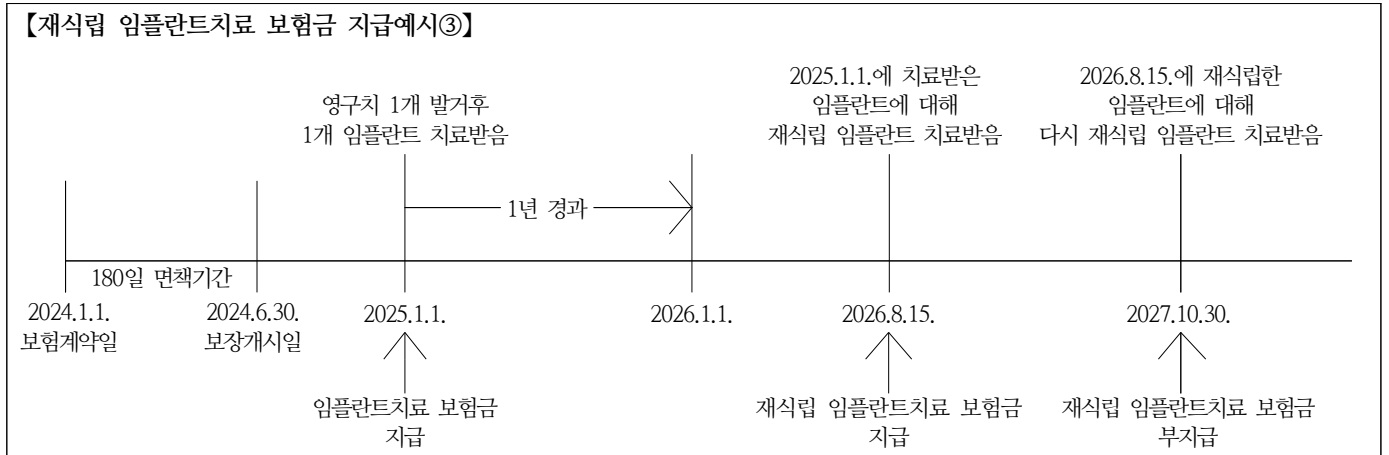


□ 2025.8.1.에 영구치 발거 후 치료받은 임플란트는 감액기간(계약일로부터 180일 초과 2년 미만) 동안 치료받은 것으로 이후에 해당 부위에 재식립 임플란트 치료를 받더라도 25만원을 지급

② 제1항 제1호부터 제3호의 경우 각각 다음을 연간 보장한도로 해당 보험금을 지급합니다. 이때 “연간”이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 계약해당일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 날까지의 기간을 말합니다.

보장명	보험계약일로부터 경과기간	연간 보장한도	비고
가철성의치(틀니) 치료보험금	전기간	연간 1회	연간 보장한도를 초과하여 치료한 경우 보험금을 지급하지 않음
고정성가공의치(브릿지) 치료보험금	2년미만	연간 3개	연간 보장한도(연간 발거한 영구치 개수 기준)를 초과하여 발거한 영구치는 치료시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않음
	2년이상	한도 없음	
임플란트 치료보험금	2년미만	연간 3개	연간 보장한도(연간 발거한 영구치 개수 기준)를 초과하여 발거한 영구치는 치료시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않음
	2년이상	한도 없음	

- ③ 제1항 제4호의 재식립 임플란트치료 보험금은 동일부위 당 1회를 한도로 지급하며, 이미 재식립 임플란트치료 보험금 지급사유가 발생한 부위에 다시 “재식립 임플란트 치료”를 받은 경우에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

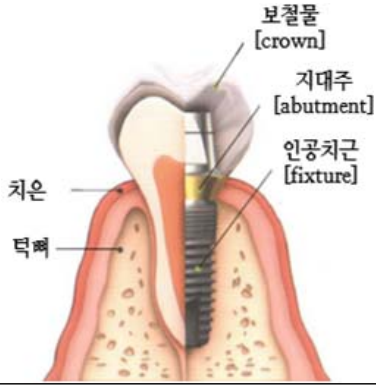


- ④ 제2항에서 정한 연간 보장한도를 초과한 임플란트치료에 대해서는 제1항 제4호의 재식립 임플란트치료 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 “질병”은 보험기간 중에 발병된 질병으로 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)에 있어서 아래의 분류번호에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 “질병” 해당여부를 판단합니다.
1. K00 치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애
 2. K02 치아우식증
 3. K03 치아경조직의 기타 질환
 4. K04 치수 및 치근단주위 조직의 질환
 5. K05 치은염(잇몸염) 및 치주질환
 6. K06 치은(잇몸) 및 무치성 치조용선(이틀용기)의 기타장애
 7. K08 치아 및 지지구조의 기타장애
- ⑥ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 “질병” 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 제5항의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.
- ⑦ 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 개정되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제2조(재식립 임플란트 치료의 정의)

이 약관에서 “재식립 임플란트 치료”라 함은 임플란트의 본체인 인공치근(Fixture)을 제거하고 동일 부위에 다시 임플란트를 식립하는 치료를 말합니다.

【임플란트의 구조】

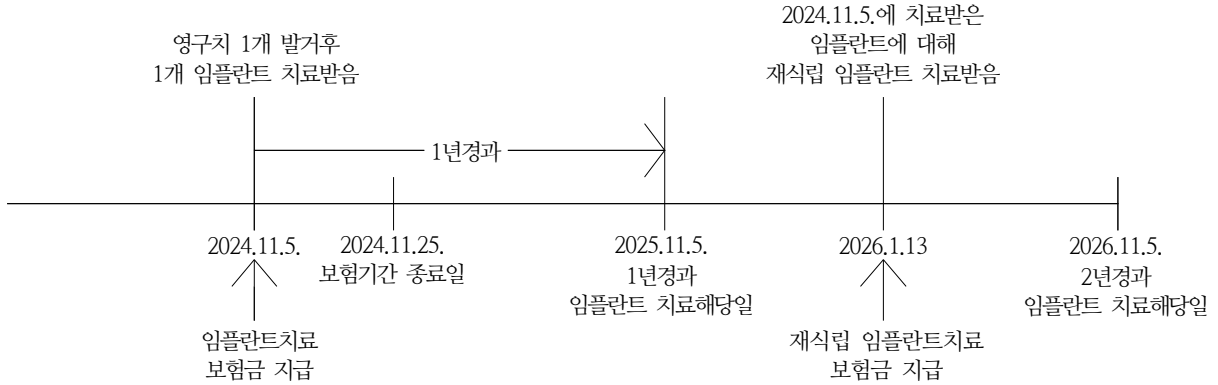


- 인공치근(Fixture) : 잇몸뼈에 식립되어 치아의 뿌리 역할을 하는 구조물
- 지대주(abutment) : 보철물과 인공치근(Fixture)을 연결해주는 구조물
- 보철물(crown) : 잇몸 밖으로 드러나는 치아형상의 구조물

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호부터 제3호의 경우 피보험자가 동일한 상해나 질병으로 복합형태의 가철성义치(틀니), 고정성가공의치(브릿지) 또는 임플란트 치료(이하 “보철치료”라 합니다)를 받은 경우 해당 보철치료 중 가장 높은 한 가지의 치료항목의 보험금만을 지급합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호부터 제3호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 보험기간 중에 보철치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우에는, 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 보철치료에 한하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호의 경우 보험기간 중에 피보험자가 동조 제1항 제3호에서 정한 임플란트치료 보험금 지급사유가 발생하고, 그 임플란트 치료일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날 이후에 재식립 임플란트 치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우에는, 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 재식립 임플란트 치료에 한하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ④ 보험기간 중에 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호에서 정한 임플란트치료 보험금 지급사유가 발생하고 그 임플란트 치료일 이후에 보험기간이 종료된 경우라 하더라도 임플란트 치료일로부터 2년이 지난 임플란트 치료해당일 전일 이전에 해당 부위에 재식립 임플란트 치료를 받은 경우에는 재식립 임플란트치료 보험금을 지급합니다. 다만, 그 임플란트 치료일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날 이전에 해당 부위에 재식립 임플란트 치료를 받은 경우에는 재식립 임플란트치료 보험금을 지급하지 않습니다.

【재식립 임플란트치료 보험금 지급예시】



□ 최초 임플란트 치료일(2024.11.5.)로부터 2년이 지난 임플란트 치료해당일(2026.11.5.) 전일 이전에 해당 부위에 재식립 임플란트 치료를 받은 경우에는 보험기간 종료일(2024.11.25.) 이후라도 재식립 임플란트치료 보험금 지급

- ⑤ 제1항의 규정에 따라 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 보험기간 종료일로부터 180일 이내에 임플란트 치료를 받은 경우, 임플란트 치료일로부터 2년이 지난 임플란트 치료해당일 전일 이전에 해당 부위에 재식립 임플란트 치료를 받은 경우에는 재식립 임플란트치료 보험금을 지급합니다. 다만, 그 임플란트 치료일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날 이전에 해당 부위에 재식립 임플란트 치료를 받은 경우에는 재식립 임플란트치료 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제4항, 제5항 및 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호의 “임플란트 치료일”은 인공치근(Fixture)을 식립한 날을 기준으로 합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(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. 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)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
- ③ 회사는 아래의 사유로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호부터 제3호의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 보장개시일 전일 이전에 영구치 발거를 진단확정 받은 경우 또는 발거한 경우

2. 치아보철물에 대한 수리, 복구 및 교체 치료를 하는 경우
3. 부정치열을 교정하기 위해 영구치를 발거하는 경우
4. 매복치 및 매몰치(Embedded and impacted teeth)또는 제3대구치(사랑니)에 대한 보철치료
5. 영구치발거의 직접적인 원인이 상해나 질병이 아닌 보철치료를 위한 준비로서 영구치를 발거하는 경우
6. 크라운치료, 레진치료 등 영구치 발거와 관련 없는 치료
7. 미용이나 성형목적으로 영구치를 발거하는 경우
8. 기타 상해나 질병이 아닌 다른 원인으로 영구치를 발거하는 경우

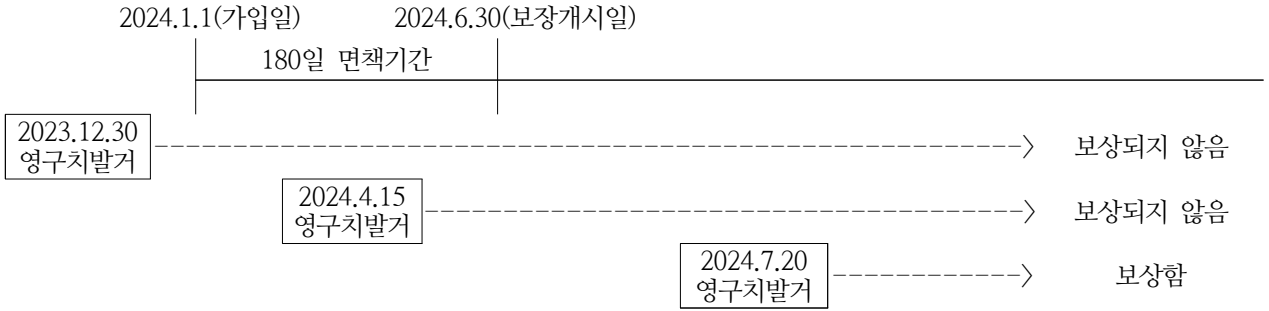
제5조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 보험금청구서(회사양식)
 2. 치과치료확인서(회사양식)
 3. 치과진료기록 사본
 4. 치료전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료
 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호부터 제4호의 제출서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 보통약관 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 보통약관 제16조(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 제1항의 규정에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호부터 제3호에서 정한 보철치료에 대한 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음 날로 합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호부터 제3호에서 정한 보철치료를 받은 경우에는 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장합니다.

【질병에 대한 보철치료 보장개시일 예시】



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제28조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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 제14조(계약 전 알릴의무), 보통약관 제16조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제17조(사기에 의한 계약), 보통약관 제18조(보험계약의 성립) 및 제6조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 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) 보통약관 제14조(계약 전 알릴의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제16조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

치주질환수술(치주소파술 포함) 및 턱관절장애 치료보장 특별약관

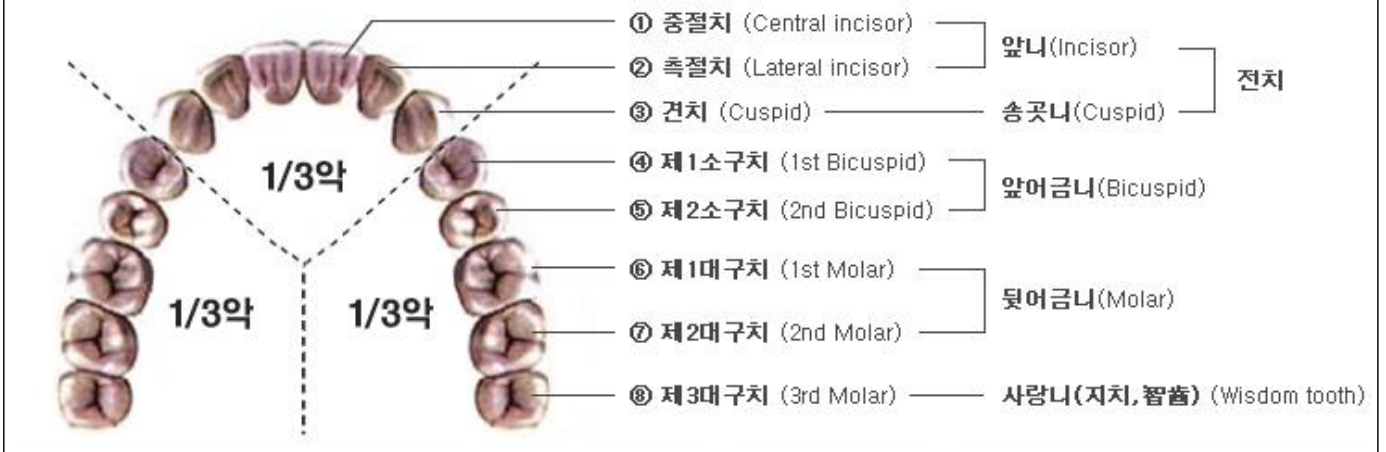
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험기간 중 제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 피보험자가 보험기간 중 치주소파술을 받은 경우 : 1/3약당 치주소파술치료보험금을 지급합니다.

【치주소파술】 치아와 잇몸 사이의 염증성 조직(치주낭)을 제거하는 치료

【1/3악】 치아전체를 상악(윗니), 하악(아랫니)를 각 좌측구치부, 우측구치부, 전치부로 3구역으로 나눈 단위로서 1인당 6개의 1/3(3분악)을 가짐. 전치부란 송곳니와 반대 송곳니부분에 해당하는 앞니(송곳니포함)에 해당하며, 구치부는 전치부 이외의 어금니 치아부분에 해당함



- 피보험자가 보험기간 중 「치주질환」으로 진단확정 되고, 그 「치주질환」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 : 수술 1회당 치주질환수술보험금을 지급합니다.
- 피보험자가 보험기간 중 「턱관절장애」로 진단확정 되고, 그 「턱관절장애」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 : 수술 1회당 턱관절장애수술보험금을 지급합니다.
- 피보험자가 보험기간 중 「턱관절장애」로 진단확정 되고, 그 「턱관절장애」의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 : 입원 1일당 턱관절장애입원보험금을 지급합니다.

<특별약관 보험가입금액 1만원 가입예시>

보험금의 종류		지급금액
치주소파술치료보험금	치주소파술을 받은 경우	1/3악당 1만원
치주질환수술보험금	「치주질환」으로 수술시	수술1회당 2만원
턱관절장애수술보험금	「턱관절장애」로 수술시	수술1회당 5만원
턱관절장애입원보험금	「턱관절장애」로 입원시	입원 1일당 3만원(7일 한도)

제2조(치주질환의 정의)

이 약관에서 「치주질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표1】 ‘치주질환 분류표’에 해당하는 질환을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류기호
치은염 및 치주질환	K05

제3조(턱관절장애의 정의)

이 약관에서 「턱관절장애」라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표2】 ‘턱관절장애 분류표’에 해당하는 질환을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류기호
턱관절장애	K07.6

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 수술이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 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 수술에는 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.

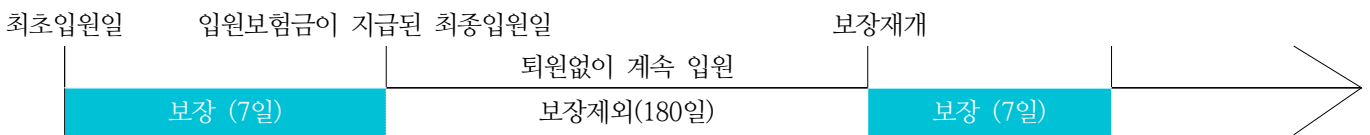
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 약관에 있어 「입원」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 약관에 있어 「턱관절장애」의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「턱관절장애」로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「턱관절장애」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「턱관절장애」를 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「턱관절장애」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「턱관절장애」로 진단된 경우에는 이는 「턱관절장애」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제4호의 경우 동일한 「턱관절장애」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 「턱관절장애」에 대한 입원이란도 입원보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 「턱관절장애」로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「턱관절장애」의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제4호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 계속 보상하여 드립니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제4호의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때(예를들어 의사의 지시를 따르지 않은 외출, 외박 등)에는 회사는 턱관절장애입원보험금의 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.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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. 계약자의 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. 위생관리, 미모를 위한 성형수술

제8조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- 1. 청구서(회사 양식)
 - 2. 사고증명서(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(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약에 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터

이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 보통약관 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 보통약관 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치주소파술치료보험금, 치주질환수술보험금, 턱관절장애수술보험금 및 턱관절장애입원보험금에 대한 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

치주질환수술(치주소파술 포함)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험기간 중 제8조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 피보험자가 보험기간 중 치주소파술을 받은 경우 : 1/3약당 치주소파술치료보험금을 지급합니다.

【치주소파술】 치아와 잇몸 사이의 염증성 조직(치주낭)을 제거하는 치료

【1/3약】 치아전체를 상악(윗니), 하악(아랫니)를 각 좌측구치부, 우측구치부, 전치부로 3구역으로 나눈 단위로서 1인당 6개의 1/3(3분약)을 가짐. 전치부란 송곳니와 반대 송곳니부분에 해당하는 앞니(송곳니포함)에 해당하며, 구치부는 전치부 이외의 어금니 치아부분에 해당함

① 중절치 (Central incisor)	} 앞니 (Incisor)	} 전치
② 측절치 (Lateral incisor)		
③ 견치 (Cuspid)	} 송곳니 (Cuspid)	
④ 제1소구치 (1st Bicuspid)	} 앞어금니 (Bicuspid)	} 구치
⑤ 제2소구치 (2nd Bicuspid)		
⑥ 제1대구치 (1st Molar)	} 뒷어금니 (Molar)	
⑦ 제2대구치 (2nd Molar)		
⑧ 제3대구치 (3rd Molar)	} 사랑니 (지치, 智齒) (Wisdom tooth)	

- 2. 피보험자가 보험기간 중 「치주질환」으로 진단확정 되고, 그 「치주질환」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 : 수술 1회당 치주질환수술보험금을 지급합니다.

<특별약관 보험가입금액 1만원 가입에서>

보험금의 종류		지급금액
치주소파술치료보험금	치주소파술을 받은 경우	1/3약당 1만원
치주질환수술보험금	「치주질환」으로 수술시	수술1회당 2만원

제2조(치주질환의 정의)

이 약관에서 「치주질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표1】 ‘치주질환 분류표’에 해당하는 질환을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류기호
치은염 및 치주질환	K05

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 수술이라 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 수술에는 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 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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. 계약자의 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. 위생관리, 미모를 위한 성형수술

제6조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사 양식)
 - 2. 사고증명서(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.

제7조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 - 1. 보통약관 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 - 2. 보통약관 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 - 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치주소파술치료보험금 및 치주질환수술보험금에 대한 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약체결 시 피보험자의 보험나이가 3세 미만인 경우에는 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

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

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 ‘호흡기관련질병’으로 진단 확정되고, 그 ‘호흡기관련질병’의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하였을 경우 입원 1일당 보험가입금액의 5%를 호흡기관련 질병중환자실 입원일당보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

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

보험금의 종류		지급금액
아나필락시스쇼크 진단보험금	아나필락시스쇼크로 진단확정되었을 경우	보험가입금액(연간 1회한)
질병중환자실 입원일당보험금	질병으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 보험가입금액의 5%(180일 한도)
호흡기관련 질병중환자실 입원일당보험금	호흡기관련 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(【별표3】 “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 【별표4】 ‘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)

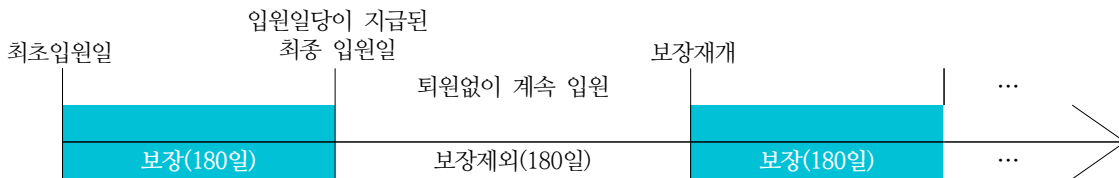
이 특별약관에서 ‘중환자실’이라 함은 의료법 시행규칙의 [별표 4]에서 정한 중환자실(【별표5】 ‘의료기관의 시설규격’ 참조)을 말합니다.

【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, 제9조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 이 약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 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(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 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 보험금 등의 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(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 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제9조(만기환급금의 지급)는 제외합니다.

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 제18조(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 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다.
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 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 각호의 1에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

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

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

제5조(보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금 등의 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(보험금 등의 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(講約)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. 「근인공제회법」, 「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 비장애인, 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 비장애인, 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 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년내 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주)
1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.
 2. 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.
 3. 금리연동형보험의 경우 상기 평균공시이율은 적립순보험료에 대한 적립이율을 말합니다.
 4. 가산이율 적용시 보통약관 제8조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표1】 치주질환 분류표

① 약관에서 규정하는 「치주질환」 이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 「치주질환」 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류기호
치은염 및 치주질환	K05

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

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

【별표2】 턱관절장애 분류표

① 약관에서 규정하는 「턱관절장애」라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 「턱관절장애」 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류기호
턱관절장애	K07.6

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

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

【별표3】 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.

【별표4】 호흡기관련 질병 분류표

- ① 약관에서 규정하는 ‘호흡기관련 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 ‘호흡기관련 질병’ 해당여부를 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† : 폐톡소포자충증(J17.3*)]	B58.3†
8. 재향균인병	A48.1
9. 폐렴이 합병된 홍역	B05.2

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 ‘호흡기관련 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.

【별표5】 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, 제2호카목에 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, 엠부백(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.

가나다順 특약 색인

(ㄴ)		
	New보철치료보장 특별약관	31
	New보철치료보장Ⅱ 특별약관	36
(ㄷ)		
	보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	58
	보험료 자동납입 특별약관	53
(ㄹ)		
	신간접치아충전치료보장 특별약관	17
	신기타직접치아충전치료 특별약관	19
	신크라운치료보장 특별약관	24
(ㅇ)		
	아나필락시스쇼크 분류표	61
	아나필락시스쇼크진단(연간 1회한) 및 질병중환자실 입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관	49
	의료기관의 시설규격	63
(ㅈ)		
	장애인전용보험전환 특별약관	54
	지정대리청구서비스 특별약관	53
(ㅊ)		
	치아보철물 재부착치료보장(치아당) 특별약관	29
	치아충전물 수리·복구치료보장 특별약관	22
	치주질환 분류표	59
	치주질환수술(치주소파술 포함) 및 턱관절장애 치료보장 특별약관	43
	치주질환수술(치주소파술 포함)보장 특별약관	47
(ㅋ)		
	크라운수리·복구치료보장 특별약관	27
(ㅌ)		
	턱관절장애 분류표	60
(ㅎ)		
	호흡기관련 질병 분류표	62