



에이스보험



에이스보험



무배당

ACE 우리아이행복보험0910 2종(만기환급형)

보통약관&특별약관

에이스아메리칸화재해상보험주식회사한국지점

서울시 중구 남대문로 5가 581 서울시티타워 19층 (우편번호 100-741)

고객서비스센터 1566-5800 팩스 02-3785-0015

www.aceinsuranc.co.kr

보험계약 체결과정에서 불만이 있으신 경우 아래사항을 기재하여 보내주시면 즉시 시정해 드립니다

■ **보험계약 체결현황**

- 회 사 명 : ○ Callcenter명 :
- 가입상품명 : 보험 ○ 계약일자 :

■ **보험계약체결시 다음사항이 이행되었습니까?**

- 보험약관 수령 청약서부본 또는 회사발행영수증 수령
 - 지필서명 확인 고지의무(회사에 일될 사항) 이행
- 통산판매 계약은 음성 녹취를 지필서명 을 대신 합니다.

■ **보험가입시 모집자가 다음의 행위를 한 사례가 있습니까?**

- 고지의무를 하지 못하도록 하거나 부실하게 일될 것을 권유함
- 보험계약사항을 사실과 다르게 알려 주거나 중요한사항을 알리지 않는 행위를 함
- 보험계약체결과 관련하여 모집종사자가 부당이익을 제공하였다고 함
- 기존 보험계약을 부당하게 해지하고 새로운 보험계약 체결을 권유함

■ **금융감독원 민원상담 및 분쟁조정 등의 안내**

보험계약과 관련하여 불만사항 등이 있을 경우 금융감독원에 우편, Fax, 전화, 직접방문 등으로 이의 신청하실 수 있습니다.

(우)150-743 서울 영등포구 여의도동27번지(금융감독원 금융소비자보호센터)

전화 : 손해보험 : 3786-8690/5, 자동차보험 : 3786-8686-7

보증보험 : 3786-8696 Fax : (02) 3771-5699

- 부산지원 : (051) 606-1700~1 Fax (051) 606-1755
- 대구지원 : (053) 760-4000 Fax (053) 760-4015-6
- 광주지원 : (062) 606-1616 Fax (062) 606-1630-1
- 대전지원 : (042) 479-5151~4 Fax (042) 479-5130-1
- 춘천출장소 : (033) 250-2800 Fax (033) 257-7722
- 전주출장소 : (063) 250-5000 Fax (063) 277-7324
- 제주출장소 : (064) 797-5000 Fax (064) 749-4700

..... 절 취 선



에이스보험

본 약관내용 중 보통약관 및 특별약관의 적용은 무배당 ACE 우리아이행복보험0910 2종만기환급형 증권에 명기된 것에 한하여 적용됩니다.

무배당 ACE 우리아이행복보험0910 2종만기환급형

가입고객님께

저희 무배당 ACE 우리아이행복보험0910 2종만기환급형)을 이용하여 주셔서 대단히 감사합니다.

약관 및 첨부된 무배당 ACE 우리아이행복보험0910 2종(만기환급형) 증권은 계약자 여러분께서 체결한 계약에 대하여 권리의무를 행사할 수 있는 규정으므로 꼭 읽어 보시고, 안전하게 보관하여 주시기 바랍니다

- **홈페이지 인터넷 고객센터 이용안내**
고객님의 편리하고 안전한 보험서비스를 위해 공인인증서 로그인 후 인터넷 고객센터에서 각종 서비스를 확인 및 신청하실 수 있습니다
- **인터넷 고객센터 주요업무**
계약사항 조회 청약철회 신청 주소 및 연락처 변경 결제 계좌 변경, 증명서 발행 요청 후면보험금 조회 사고처리내역 조회 등
- 자세한 사항은 홈페이지(www.aceinsurance.co.kr)를 참조하시거나 고객센터(T.1566-5800)로 문의하여 주시기 바랍니다

보험계약관련 궁금수수는 '불발'입니다.

3	가입자 유의사항
6	주요내용 요약서
8	보험용어 해설
9	무배당 ACE 우리아이행복실손의료비보장보험0910 2종(만기환급형) 보험안내서
13	개인신용정보의 제공·활용에 관한 고객권리안내문
14	무배당 ACE 우리아이행복실손의료비보장보험0910 2종(만기환급형) 상품요약서
26	무배당 ACE 우리아이행복 실손의료비보장보험0910 2종(만기환급형) 보통약관
56	무배당 ACE 우리아이행복 실손의료비보장보험0910 2종(만기환급형) 특별약관
57	1. 상해후유장해보장 특별약관
60	2. 상해80%이상후유장해연금보장 특별약관
63	3. 상해입원일당(4일이상보장) 특별약관
65	4. 질병입원일당(4일이상보장) 특별약관
66	5. 골절치아(외절제외) 및 화상진단비보장 특별약관
68	6. 골절화상수술비보장 특별약관
70	7. 자녀배상책임보상 특별약관
75	8. 식중독입원(4일이상보장) 특별약관
75	9. 질병80%이상후유장해연금보장 특별약관
77	10. 임진단자금보장 특별약관
80	11. 조혈모세포이식수술비보장 특별약관
81	12. 부양자상해사망후유장해보장 특별약관
85	13. 의료사고법률비용보상 특별약관
86	14. 자녀대입진단자금보장 특별약관
87	15. 임신입원일당보장 특별약관
90	16. 항암병사선·악물치료비보장 특별약관
91	17. 중대한 화상 및 부식보장 특별약관
93	18. 중대상해수술비보장 특별약관
96	19. 5대장기이식수술비보장 특별약관
98	20. 양성뇌종양진단자금보장 특별약관

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

- 보험계약전 알릴의무 위반
 - 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
 - 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
 - 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의를 없이 안내문의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.
- 부활(효력회복)
 - 부활(효력회복)계약의 양보장 개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 어린이보험의 양보장 개시일은 부활(효력회복)일입니다.
- 금리연동형 상품
 - 적용이율이 변동하는 보험(금리연동형보험)상품은 적립금에 적용되는 이율(공시이율, 보험계약대출이율 등이 바뀌는 경우 지급받는 보험금의 액수도 달라질 수 있습니다.
 - 환급금은 적립금에 적용되는 변동이율(공시이율, 보험계약대출이율 등), 보험료에 포함된 사비비 규모, 중도인출, 보험료 대체납입 및 보험료 실제 납입일자 등에 따라 변동됩니다.
- 건강보험
 - 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금지급대상으로 하는지 질병도 보험금지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
 - 갱신형인 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
 - 특히, 차매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.
- 재물 및 배상책임 관련 담보
 - 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인이 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이익을 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상할 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.
- 갱신형 담보
 - 갱신형 특별약관의 보험료는 갱신시 보험요율의 변동에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
 - 갱신형 특별약관의 보험료가 인상될 경우
순수보장성 상품은 인상된 보험료를 추가 납입하여야 하며 기타보장성 상품은 기본계약 적립보험료에서 우선 대체 납입되며, 적립보험료가 부족할 경우 추가납입하여야 계약이 정상 유지됩니다.

- 99 24. 학원폭력위로금보장 특별약관
- 101 25. 유괴·납치·인질위로금보장 특별약관
- 101 26. 충수염(맹장염)수술비보장 특별약관
- 103 27. 흉터복원수술비보장 특별약관
- 104 28. 김치치료비보장 특별약관
- 106 29. 특정전염병위로금보장 특별약관
- 107 30. 시력각질환수술비보장 특별약관
- 108 31. 피부질환수술비보장 특별약관
- 109 32. 대중교통이용중 교통상해 후유장애보장 특별약관
- 112 33. 골절(차아파절포함)차단비보장 특별약관
- 114 34. 출생전 자녀가입 특별약관
- 115 35. 보험료 자동납입 특별약관
- 116 36. 신용카드이용 보험료납입 특별약관
- 116 37. 전자가계 특별약관
- 117 38. 지정대리청구서비스 특별약관
- 119 [별표 1] 장애분류표
- 133 <붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표
- 134 [별표 2] 골절(차아파절제외)분류표
- 135 [별표 3] 화상분류표
- 136 [별표 4] 골절분류표
- 137 [별표 5] 식중독분류표
- 138 [별표 6] 악성신생물(암) 분류표
- 139 [별표 7] 상피내의 신생물 분류표
- 140 [별표 8] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표
- 141 [별표 9] 자녀가담 분류표
- 142 [별표 10] 중대한 특성상해 분류표
- 142 [별표 11] 충수염(맹장염) 분류표
- 143 [별표 12] 특정전염병 분류표
- 144 [별표 13] 시력각질환 분류표
- 144 [별표 14] 피부질환 분류표

2. 해약환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 보험계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해약시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 작거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립이율이 변동하는 경우 변동이율(공시이율, 보험계약대출이율 등)에 따라 환급금이 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급 관련 특히 유의할 사항

• 암 관련 담보

- 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 단 어린이보험은 생기 90일 만행기간이 해당되지 않으므로 보험금을 지급하여 드립니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사 미세비늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

• 특정질병 관련 담보

- 암 C보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

• 간병 관련 담보

- '활동불능상태'란 보조기구를 사용하여도 이동, 식사, 목욕, 옷입기 등 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작들을 스스로 할 수 없는 상태가 90일 또는 180일 이상 계속되어 호전될 것을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
- '중증치매상태'란 약관에서 정한 일정정도 이상의 중증치매로 진단되고 90일 또는 180일 이상 CDR 척도 3점 이상의 인지기능장애'가 발생한 상태를 말합니다.

• CI 관련 담보

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

• 수술 관련 담보

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예 : 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 비늘 등을 통해 체액을 빨아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

• 입원 관련 담보

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- 상해입원급여금의 경우, 음주 또는 무면허 상태에서 운전하던 중 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

• 상해 관련 담보

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

• 교통상해 관련 담보

- '휴일'이라 함은 토요일과 '관광사의 공휴일에 관한 규정에서 정한 휴일'로 하며, 국외인 경우 사고발생지의 토요일과 해당 법률상 관광사의 공휴일로 합니다.

• 태아보험

- 피보험자가 출생전 자녀(태아)인 경우 출생시 피보험자로 합니다.
- 태아가 복수로 출생한 경우에는 가족관계등록상 산소위로 기재된 자를 피보험자로 합니다. 단 계약자 요청시 다른 출생자를 피보험자로 지정할 수 있습니다.

• 실손의료비 관련 담보

- 이 특약은 발생 의료비 중 국민건강보험 급여의 본인부담금과 비급여를 보장 해주는 보험이며, 약관상 보장제외 항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.

< 실손의료비 범위 >

총 진료비 중에서 국민건강보험에서 부담한 금액을 제외하고 환자 본인이 부담한 금액

국민건강보험 급여항목	비급여항목
국민건강보험 부담	환자본인부담
환자본인부담	

- 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 2개 이상 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받게 되므로, 유사한 보험가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.

- 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 신중한 보상책임액의 합계액이 이 계약의 의료비를 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 의료비보험금을 지급하여 드립니다.

< 비례분담액 계산 예시 >

각 계약별 비례분담액 =
$$\frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}} \times \text{각 계약의 보상대상의료비}$$

[기준 : 총의료비 1,000만원]

구분	가입금액	보상제한금액	보상대상의료비	보상책임액	비례분담액
A사	3,000만원	100만원	900만원	900만원	579만원
B사	500만원	100만원	900만원	500만원	321만원

※ A사 지급금액 : 900만원 × [900 / (900+500)] = 579만원

※ B사 지급금액 : 900만원 × [500 / (900+500)] = 321만원

• 배상책임 관련 담보 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

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

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

계약자는 계약을 청약한 날 또는 첫 회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 납입한 첫 회 보험료를 돌려드립니다.

3. 계약취소

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

4. 계약의 무효(신체관련)

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

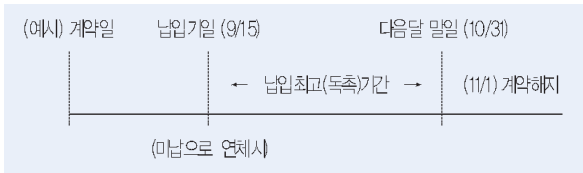
- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 사면 동의를 얻지 아니한 경우
- 만15세미만자 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우

5. 계약의 소멸(신체 관련)

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

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니한 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지 납입을 최고(독촉)하고, 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.



7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해약보험금을 받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

8. 계약전·후 알릴 의무

- 1) 계약전 알릴의무 : 보험계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필사명(전자서명 포함)을 하여야 합니다(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다)
- 2) 계약후 알릴의무 : 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험가입증서보통증권에 확인을 받아야 합니다.
 - 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(직가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우
 - 보험목적물을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우
- 3) 알릴의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
 - ※ 보험계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다

9. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날로부터 신세손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임손해에 대한 보험금은 10영업일, 재산손해에 대한 보험금은 20영업일 이내에 지급하여 드립니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우 구체적인 사유와 지급예정일을 피보험자 또는 수익자에게 서면으로 통지하여 드리며 이 경우 피보험자 또는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다. 만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

10. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.

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

보험용어 해설

• 보험약관

보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

• 보험증권(보험가입증서)

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

• 보험계약자

보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

• 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

• 보험수익자(보험금을 받는 자)

보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

• 보험료

- 1) 보장보험료 : 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료
- 2) 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
- 3) 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 사업비를 공제한 후의 금액

• 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하는 금액

• 보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

• 보장기시일

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

• 보험계약일

계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

• 보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
 ※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 아니하고, 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

• 책임준비금

장래의 보험금, 해약환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

• 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

무배당 ACE 우리아이행복실손의료비보험0910 2종(만기환급형) 보험안내서

귀하는 당사 **에이시메리코화재해상보험협회와 보험 계약**을 체결하였습니다. 현대사회를 살아가면서 발생할 수도 있는 각종 위험에 대비하고 미래의 풍요로운 삶을 준비하는데 반드시 필요한 경제제도인 손해보험에 관심을 가져 주신데 대하여 당사 인직원 모두는 깊이 감사드립니다.

이 보험 안내서는 귀하께서 보험에 대한 합리적인 선택을 하시는데 도움을 드리고자 장기손해보험을 가입하시기 전에 꼭 알아두셔야 할 사항에 대하여 설명하고 있습니다. 자세히 읽어보시고 해당 사항에 대해 궁금하신 점이 있는 경우 당사고객서비스센터 (TEL: 1566-5800)나 인터넷 홈페이지 (www.aceinsurance.co.kr)를 통하여 문의하시면 상세히 안내하여 드립니다.

1. 장기손해보험의 원리 및 특성
2. 장기손해보험의 상품 유형
3. 보험상품의 선택방법
4. 보험가입자 보호제도
5. 보험상당 및 분쟁조정 안내

또한 보험계약체결시 약관 및 청약서 부분을 전달받지 못했거나 모집중사자의 부당행위가 있을시 첨부되어 있는 "보험계약확인 발송엽서"를 당사로 보내주시면 즉시 사정해 드리겠습니다. 당사 인직원은 귀하께서 체결한 보험계약의 계약기간이 종료되는 시점까지 성실히 운영될 수 있도록 최선을 다하겠습니다.

1. 장기손해보험의 원리 및 특성

- 장기손해보험계약은 당사자 양방이 약정한 보험료를 납입하고, 상대방이 재산 또는 생명이나 신체 등에 관하여 불확정한 사고가 생길 경우에 발생한 손해를 약관에서 정한 비에 따라 보상(보험금)받게 되는 경제적 준비제도입니다.
- 장기손해보험은 다음과 같은 특성을 가지고 있습니다.
 - ① 장기손해보험은 계약자가 납입한 보험료 중에서 저축보험료 부분을 회사가 보험기간동안 소정의 예정이율로 운용하여 보험기간이 만료되는 시점에서 계약자에게 만기환급금으로 지급하는 저축기능과 보험기간 동안의 위험을 보장받을 수 있는 보장기능을 겸비하고 있는 보험상품입니다. 다만 순수 보장성 보험의 경우에는 만기환급금이 없는 대신에 보험료가 저렴합니다.
 - ② 보험계약은 보험계약자가 청약을 하고 보험회사가 승낙을 하면 성립 됩니다. 보험계약자가 청약을 하고 보험료를 납부하신 후 30일 이내에 보험회사의 거절의 통지가 없으면 보험계약이 승낙된 것으로 봅니다.
 - ③ 장기손해보험의 보험료 납입은 연납을 원칙으로 하되 계약자의 선택에 따라 월납, 2월납, 3월납, 6월납, 일사납 등으로 할 수 있습니다. 만기시 지급하는 만기환급금의 재원으로 인하여 보험료 규모가 크고, 보험기간이 장기간 점을 감안하여 납입방법을 다양하게 선택할 수 있도록 하고 있습니다.
 - ④ 계약자가 사정에 의하여 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 못하는 경우, 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 보험료 납입최고(독촉)기간으로 두고 있으며, 이 납입최고(독촉)기간에 보험료가 납입되지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약은 해지됩니다. 단, 납입최고(독촉)기간에 발생한 사고는 보상을 받을 수 있습니다.
 - ⑤ 보험계약이 보험료납입 지연 등으로 해지되었으나, 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을

청약할 수 있으며, 회사가 승낙한 때에는 부활을 청약한 날까지의 연체보험료와 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하시면 보험계약이 부활(회복)됩니다.

- ⑥ 보험계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위내에서 회사에서 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받으실 수 있습니다. 보험계약대출은 별도의 담보가 필요없으며 대출을 받은 계약자는 회사가 정한 대출이율에 해당하는 이자를 부담하셔야 합니다. 계약자는 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며, 미상환시 회사는 보험금 또는 해약환급금지급시 제지금과 상계할 수 있습니다. 다만, 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.

- ⑦ 장기보통계약의 관련자는 보험계약자, 피보험자, 사망보험금수익자, 보험회사로 구성됩니다.

- 보험계약자는 보험계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 자입니다.
- 보험회사는 보험금 지급의무를 지는 회사를 말합니다.
- 피보험자는 보험사고 발생의 대상이 되는 자 또는 보험금청구권을 가지는 자입니다.
- 사망보험금수익자보험금을 받는 자는 보험사고 발생시 사망보험금 청구권을 가진 자입니다.

2. 장기손해보험 상품의 유형

- 장기손해보험은 통상적으로 보험사고가 발생하여 손해를 입었을 경우에 보험금을 지급받고, 만기시에는 만기환급금을 지급받을 수 있도록 위험보장 기능과 저축기능을 겸비한 보험상품입니다.(순수보장성 보험제외) 이러한 기능을 갖는 장기손해보험은 보험소비자들의 다양한 요구에 따라 여러가지상품을 개발하여 판매하고 있습니다.

- 아래에 열거한 장기손해보험의 종류는 손해보험 소비자의 이해를 돕기 위해 편의상 분류한 것으로 구체적인 상품의 종류 및 내용은 우리회사의 고객센터센터나 인터넷 홈페이지의 상품공시실을 통하여 쉽게 확인할 수 있습니다.

• 재물보험

화재 등으로 인해 보험의 목적인 재물이 생긴 손해를 보장하는 보험

• 상해보험

일상생활과정 발생할 수 있는 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인해 신체에 상해를 입었을 경우, 그 손해를 보상해 주는 보험으로 사망·후유상해보험금, 의료비 등을 지급하는 보험

• 운전자보험

운전 중 발생할 수 있는 각종 신체상에 위험과 법률관련 비용 및 기타 비용손해를 종합보장하는 보험

• 저축성보험

저축시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하는 보험으로 위험보장과 저축기능을 겸비한 보험

• 질병보험

각종 질병에 걸리거나 질병으로 인한 입원, 수술 등의 손해를 다양하게 보장 하는 보험

• 간병보험

활동불능 또는 인식불명 등 타인의 간병을 필요로 하는 상태 및 이로 인한 손해를 보장하는 보험

• 연금저축손해보험

일정연령 이후에 생존하는 경우, 생활연금의 지급을 주된 목적으로 하는 보험

3. 보험상품의 선택방법

당사는 보험소비자의 다양한 요구를 충족시키고자 여러 가지 유형의 상품을 개발하여 판매하고 있습니다. 이러한 여러 가지 유형의 상품 중에서 다음 사항을 고려해서 상품을 선택하시기 바랍니다.

- 보험에 가입하고자 하는 목적이 무엇인지를 고려하십시오.

보험에 가입하고자 하는 목적이 재산에 발생할 위험보장인지, 상해나 질병 등의 신체위험에 대한 보장인지 또는 재산소식이나 노후의 생활자금을 보장받을 목적인지 등 가입목적에 고려하여 선택하시기 바랍니다.

- 각종 위험에 대한 보험가입금액이 적정인지를 고려하십시오.

각종 사고로 인하여 재산에 손해가 발생할 때 또는 경제적 능력이 상실되었을 때 재산피해에 대한 복귀, 가족의 생계비, 의료비 등 필요한 비용수준을 고려하여 보험가입금액을 선택하시기 바랍니다. 그러나 보험상품은 보험가입금액이 커지면 보험회사에 납입해야 하는 보험료도 커지기 때문에 현재 또는 가까운 장래의 경제사정 등을 함께 감안해서 적정한 보험가입금액을 선택하시기 바랍니다.

- 기업을 원하시는 상품의 보험료와 보험금 등을 비교하셔야 하는데, 보험료는 다음과 같은 요인에 따라 변동될 수 있습니다.

- 기원하실 보험상품의 보장하는 손해의 범위(일반상해, 교통상해 등), 보험금 지급기준 및 지급방법(예 보상 0회 분할지급, 0회 체중지급) 등에 따라 보험료가 달라집니다.
- 보험기간중 또는 보험기간이 끝난 후 회사가 지급을 약정한 환급금 (중도·만기환급금)의 규모에 따라 보험료가 달라집니다.
- 회사가 보험료를 받고 미래에 발생할 사고에 대한 보험금 또는 중도 환급금, 만기환급금을 지급할 때까지 적용하기로 한 예정이율에 따라 보험료가 달라집니다. 예정이율이 낮을수록 보험료가 올라갑니다.

위에서 설명한 내용은 당사 홈페이지 「상품공시실(상품요약서)」 또는 「가격공시실에서 구체적으로 확인할 수 있으며, 원하실 경우 당시에 직접 방문하시어 보험상품과 관련된 기초서류등을 열람하실 수도 있습니다.

4. 보험가입자 보호제도

- 품질보증제도

보험계약자가 보험가입시 보험약관과 청약서 부분을 전달받지 못하였거나 청약서에 자필서명 또는 날인(도장을 찍음)을 하지 않았을 경우, 약관의 중요한 내용을 설명받지 못하였을 때에는 청약일로부터 3개월 이내에 회사에 보험계약의 취소를 요구할 수 있는 "품질보증제도"를 운영하고 있습니다. 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 해당 보험약관에서 약정한 이율로 계산한 금액을 되돌려 드립니다. 다만, 전자거래기본법에 의해 컴퓨터를 이용하여 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 청약서부분을 드리지 아니할 수 있습니다.

- 청약철회 청구제도

보험계약자는 청약의 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 청약의 철회할 수 있으며, 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 약관에서 정한 기간내에 납입보험료를 계약자에게 돌려 드립니다. 반환 기일의 다음날부터 반환일까지의 지체기간에 대하여는 해당 보험약관에서 약정한 이율로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 청약의 철회한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

- 보험료 납입최고(독촉) 및 해지계약의 부활(회력)요약

보험계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않았을 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고

(독축)기간으로 하며, 납입최고독축기간안에 보험료를 납입하지 않은 경우, 납입최고독축기간이 끝나는 날의 다음날부터 보험계약은 해지됩니다. 회사에서는 납입최고독축기간이 끝나는 날의 다음날부터 보험계약이 해지됨을 납입 최고(독축)기간 종료일 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
보험료 납입연체로 인해 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우, 보험계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙하면 보험계약자는 연체보험료에 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하고 보험 계약을 부활효력회복시킬 수 있습니다

□ 예금자보호제도

보험회사의 경영이 악화된 경우 보험업법상의 보험계약이전제도에 의해 다른 보험회사로 보험계약을 이전하는 보호장치가 마련되어 있으며, 만약 파산 등으로 인해 보험회사가 보험계약상의 채무를 이행할 수 없게 된 경우, 예금자보호법에 의해 파산금융기관당 1인당 최고 5천만원 한도내에서 각종 환급금 및 보험금의 지급을 보장합니다. 단 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 경우 퇴직보험 제외에는 예금자보호대상에서 제외됩니다.

5. 보원 상담 및 분쟁조정 안내

보험에 관한 상담 및 분쟁이 있을 때에는 먼저 당사 고객센터(서비스센터)로 연락하여 주시기 바라며, 처리결과에 이의가 있으시면 금융감독원에 민원 또는 분쟁조정을 신청하실 수 있습니다.

★ 회사 전화번호 : 1566-5800(고객서비스센터)

인 터 넷 주소 : www.aegioninsurance.co.kr

★ 금융감독원 금융소비자보호센터 (www.fss.or.kr/국번없이 1332)

우) 150-743 서울시 영등포구 여의대로97번지

지원 / 출장소	전화번호	팩스번호
부산지원	(051) 606-1700~1	(051) 606-1755
대구지원	(053) 760-4000	(053) 760-4015~6
광주지원	(062) 606-1616	(062) 606-1630~1
대전지원	(042) 479-5151~4	(042) 479-5130~1
춘천출장소	(033) 250-2800	(033) 257-7722
전주출장소	(063) 250-5000	(063) 277-7324
제주출장소	(064) 797-5000	(064) 749-4700

★ 손해보험협회 보험상담소(www.knia.or.kr)

우) 110-733 서울시 중로구 수송동 80(코리안리빌딩6층)

Tel (02)3702-8629~30 Fax (02) 3702-8695)

지부	전화번호
경인지부	(032) 426-6356-8
강원지부	(033) 746-2414/748-2414
충청지부	(042) 254-6921~3
대구/경북지부	(053) 755-3888~9
부산/경남지부	(051) 469-6216-8/464-2272
호남지부	(062) 226-0301/227-8920

★ 한국소비자보호원 소비자상담팀

우) 137-700 서울시 서초구 양재대로 108 한국소비자원

Tel (02) 3460-3000 Fax (02) 529-0408

개인신용정보의 제공·활용에 관한 고객권리안내문

이 권리안내문은 보험계약의 청약에 함에 있어 개인신용정보의 제공·활용에 대하여 동의를 해주신 고객님께서 동의의 내용을 보다 상세하게 설명해 드리고 이와 관련된 고객님의 권리를 알려 드리기 위한 것입니다. 저희 에이스보험은 고객님의 개인신용정보를 고객님께서 동의해 주신 목적범위 내에서 최소한의 정보만을 제공·활용할 것이며, 동의하신 범위 이상으로 불법·부당하게 제공·활용되지 않도록 엄격하게 관리하겠습니다. 이를 위해 회사 내부에 「개인신용정보 관리·보호인원」을 선임하여 관련 법률보다 더욱 강화된 개인신용정보 관리·보호 지침을 마련하여 시행하고 있습니다. 고객님께서 제공·활용에 동의해 주신 정보는 개인식별정보, 거래정보, 보험금지급정보, 질병정보입니다. 제공·활용되는 정보의 구체적인 범위는 다음과 같습니다.

【제공·활용이 이용되는 개인신용정보의 범위】

- ① 계약자, 보험대상자(피보험자)의 성명 주소 및 주민등록번호(외국인의 경우 외국인등록번호 또는 여권번호, 성별, 국적, 직업 등 개인 식별정보 및 연락처
- ② 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
- ③ 보험가입금액, 보험금과 각종 급부금액 및 지급 사유 등 지급내용
- ④ 보험대상자(피보험자)의 질병에 관한 정보

고객님의 개인신용정보는 당해 보험계약의 체결·관리 등의 목적으로 제공·활용됩니다. 이것은 고객님의 개인신용정보를 에이스보험이 직접 또는 국내의 타보험회사, 재보험회사, 생명보험협회, 손해보험협회, 보험요율산출기관, 기타 에이스보험과 업무 위·수탁 관계에 있는 자(계약자부·보험사고조사수탁회사, 계약관리를 위한 콜센터업무수탁회사 계약자로 발송응역업체 리서치업체, 본진 계약체결 대리점 및 모집자 등)에게 제공하여 보험계약의 체결·유지·관리, 보험사고의 조사, 보험계약의 상담, 순보험요율의 산출·검증, 보험위기의 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하거나 또는 리서처업무, 공공기관의 정책자료로 활용하는 것을 말합니다.

【개인신용정보의 제공·활용과 관련하여 고객님께서 다음의 권리를 가집니다.】

1. 목적 범위외의 제공·활용 중단 요청 - 고객님의 개인신용정보를 동의서에 명시된 목적 이외의 목적으로 제공·활용하거나 동의서에 명시된 제공받는 자 외의 자에게 제공한 사실이 있는 경우에는 즉시 제공·활용의 중단을 요청하실 수 있습니다.
2. 조회·열람 및 정정 청구 권리 - 에이스보험이 보유하고 있는 고객님의 정보를 언제든지 열람하실 수 있으며, 만일 잘못된 정보가 있는 경우에는 정정을 요구하실 수 있습니다.
3. 제공 사실 통보 요구 권리 - 에이스보험이 고객님의 정보를 제3자에게 제공한 사실이 있는 경우에 고객님께서 정보 제공사실 통보를 요구하실 수 있습니다.
4. 전화수신거부 - 에이스보험과 고객님의 개인신용정보 제공에 동의한 자료로부터 마케팅전화를 못하도록 요청할 수 있습니다.
5. 개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 철회 - 기 동의한 신용정보 및 활용에 대한 동의를 철회하여 에이스보험과 고객님의 개인신용정보 제공에 동의한 자료부터 전화 마케팅 등 직접 마케팅을 하지 못하도록 요청할 수 있습니다.

위 권리를 행사하기 위해서는 에이스보험 고객센터(1566-5800)로 신청하여 주시기 바랍니다

무배당 ACE 우리아이행복 실손의료비보장보험0910 2종(만기환급형) 상품요약서

1. 문답식 상품해설

Q 이 상품의 구조는 어떻게 되나요?

A) 이 상품은 순수보장형(1종)과 만기환급형(2종) 총 2종으로 구성되어 있습니다.

Q 보장 중에 [갱신형] 약관은 무엇이고 운용은 어떻게 되나요?

A) □ 1종(순수보장형)은 총 10년 까지 보장 받으실 수 있으며 [갱신형] 약관과 보험기간은 아래의 표와 같습니다.

1종(순수보장형)	보험기간			
	최초계약 (1회차)	2회차 갱신계약	3회차 갱신계약	4회차 갱신계약
· 기본계약실손의료비보장 갱신형	3년	3년	3년	1년

□ 2종(만기환급형)은 총 9년 까지 보장 받으실 수 있으며 [갱신형] 약관과 보험기간은 아래의 표와 같습니다.

2종(만기환급형)	보험기간		
	최초계약 (1회차)	2회차 갱신계약	3회차 갱신계약
· 기본계약실손의료비보장 갱신형	보장부분 3년	3년	3년
	적립부분	9년	

□ [갱신형] 약관은 계약자의 별도의 의사표시가 없는 한 자동갱신됩니다.
□ 갱신후 약관의 보험료는 연령의 증가, 적용오율의료수가 상승, 위험률 등의 변동에 따라 갱신시점에서 변경될 수 있습니다.

□ 갱신후 약관의 변경된 보험료가 인상되면 순수보장형(1종)의 경우 추가 납입하여야 하며 만기환급형(2종)의 경우 우선 기본계약 적립보험료에서 대체납입하고 부족분이 발생하면 추가 납입하여야 합니다.

□ 회사는 [갱신형] 약관의 보험기간이 끝나기 30일 이전까지 해당 피보험자가 납입하여야 하는 갱신후 약관의 보험료를 서면으로 통보하여 드립니다.

Q 이 상품의 보장 중에 가입 1년 미만에 발생하면 50% 감액지급하는 보장이 있나요?

A) 네, 있습니다. 암진단지급보장 특별약관과 자녀대인진단지급보장 특별약관은 가입 1년 미만에 보험사고가 발생하면 50% 감액지급합니다.

Q) 해약환급금이 가입된 보험료보다 적은 이유는 무엇입니까?

A) 보험은 은행의 저축과 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 계약자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사의 운영에 필요한 경비로 사용되므로 중도해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

2. 가입자격제한 등 상품별 특이사항

(1) 상품구조

- ① 1종 순수보장형
- ② 2종 만기환급형

(2) 가입자격 제한에 관한 사항

① 가입연령

구분	보험가입나이	
	1종	2종
· 기본계약실손의료비보장 갱신형	0세~29세	보장부분 0세~27세 적립부분 0세~20세
· 부양자사망후유장애보장 특별약관	18세 이상	
· 기타 특별약관	0세~20세	

- ※ 태아의 경우 임신 22주 이하의 경우에 한합니다.
- ※ 일부 연령의 경우 가입유형에 따라 가입이 제한 될 수 있음
- ② 태아의 경우 부양자상해사망후유장애보장 특별약관이 부과된 계약에 한해서 가입할 수 있습니다.
- ③ 피보험자의 직업, 직무, 기타사항으로 인해 보험가입금액이 제한되거나 인수가 불가능할 수 있으며, 경우에 따라서는 건강진단 결과를 요구할 수도 있습니다.

(3) 상품의 특이사항

- ① 1종(순수보장형) 및 2종(만기환급형)의 보장부분 예정이율 : 3.5%(연복리)
- ② 2종(만기환급형)의 적립부분 순보험료 부리이율 : 이 보험의 공시이율 단, 최저보장이율 연 1.5%
- ③ 보험기간, 보험료 납입기간 및 납입주기
 (가) 1종: 순수보장형
 · [갱신형]

구분	보험기간				보험료 납입기간
	최초계약 (1회차)	2회차 갱신계약	3회차 갱신계약	4회차 갱신계약	
· 기본계약실손의료비보장 갱신형	3년	3년	3년	1년	전가입

구분	보험기간	보험료 납입기간
· [비갱신형]		
· 기타 특별약관	10년	전가입

(나) 2종(만기환급형)
· [갱신형]

구분	보험기간			보험료 납입기간
	최초계약 (1회차)	2회차 갱신계약	3회차 갱신계약	
· 기본계약실손의료비보장 갱신형	보장부분 3년	3년	3년	전가입
	적립부분	9년		전가입

구분	보험기간	보험료 납입기간
· [비갱신형]		
· 기타 특별약관	9년	전가입

④ 만기환급금 : 1종(순수보장형)의 경우 순수보장성 상품으로서 만기환급금이 없습니다. 2종(만기환급형)의 경우 회사는 계약자가 보험료를 완납하고 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료적립보험료에서 소정의 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다.에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날로부터) 보험료 납입경과기간에 따라 이 보험의 공시이율로 적립한

금액을 만기환급금으로 수익자에게 지급합니다

⑤ [갱신형] 약관의 갱신에 관한 사항

□ [갱신형] 약관은 계약자의 별도의 의사표시가 없는 한 자동갱신되며 갱신 의료비보상관련 특별약관의 보험료는 연령의 증가, 적용요율(의료수가 상승, 위험률 등의 변동에 따라 변경될 수 있습니다. 이 경우 변경된 보험료가 인상되면 1종의 경우 인상된 보험료만 추가 납부하여야 하며, 2종의 경우 기본계약 적립보험료에서 우선 대체후 부족분이 발생하면 추가 납부하여야 합니다. 회사는 [갱신형] 약관의 보합기간이 끝나기 30일 이전까지 해당 피보험자가 납입하여야 하는 [갱신형] 약관의 보험료를 서면으로 통보하여 드립니다.

3. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

(1) 보험금 지급사유 및 지급내역

구분	보장명	지급사유	지급금액
기본계약	상해입원	상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우 아래와 같이 보상함 1. 입원실료, 입원 제비용, 입원수술비 국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금과 비급여(상급 병실료 차액 제외) 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당 일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상) 2. 상급병실료차액: 입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출)	상해입원 의료비 담보의 한도금액 한도
	상해입원	상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받은 경우 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래 수술비)를 보상 · 외래: 방문 1회당 '국민건강 보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금' 과 비급여 부분의 합계액에서 항목별 공제금액 (주1 참조)을 차감하고 외래담보의 한도금액을 한도로 보상 (매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)	방문 1회당 상해통원 의료비 (외래)담보의 한도금액 한도
	상해통원	상해로 인하여 처방조제를 받은 경우 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 처방조제비를 보상 · 처방조제비: 처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금' 과 비급여 부분의 합계액에서 항목별 공제금액(주1 참조)을 차감하고 처방조제비담보의 한도금액을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)	처방전 1건당 상해통원 의료비 (처방조제비) 담보의 한도금액 한도

구분	보장명	지급사유	지급금액
기본계약	질병입원	질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우 아래와 같이 보상함 1. 입원실료, 입원제비용, 입원수술비: 국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금' 과 '비급여(상급병실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상) 2. 상급병실료차액: 입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출)	질병입원 의료비 담보의 한도금액 한도
	질병통원	질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받은 경우 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비)를 보상 · 외래: 방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금' 과 비급여 부분의 합계액에서 항목별 공제금액(주1 참조)을 차감하고 외래담보의 한도금액을 한도로 보상(매년 계약해당일 로부터 1년간 방문 180회 한도)	방문 1회당 질병통원 의료비 (외래)담보의 한도금액 한도
	질병통원	질병으로 인하여 처방조제를 받은 경우 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 처방조제비를 보상 · 처방조제비: 처방전 1건당 '국민건강 보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금' 과 비급여 부분의 합계액에서 항목별 공제금액 (주1 참조)을 차감하고 처방조제비담보의 한도금액을 한도로 보상 (매년 계약해당 일로부터 1년간 처방전 180건 한도)	처방전 1건당 질병통원 의료비 (처방조제비) 담보의 한도금액 한도
기본계약	종합입원	상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우 아래와 같이 보상함 1. 입원실료, 입원제비용, 입원수술비: 국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금' 과 '비급여(상급 병실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액 (다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상) 2. 상급병실료차액: 입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출)	종합입원 의료비 담보의 한도금액 한도

구분	보장명	지급사유	지급금액
기본 계약	살상 의료비 중환 요원	상해 또는 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받은 경우 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외배(외배제 비용 외배수술비)를 보상 ·외배 방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금'과 비급여 부분의 합계액에서 항목별 공제금액(주) 참조를 차감하고 외배당보의 한도금액을 한도로 보상 (매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)	방문 1회당 종합통원 의료비 (외배당보의 한도금액 한도)
		상해 또는 질병으로 인하여 처방조제를 받은 경우 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 처방조제비를 보상 ·처방 조제비: 처방전 12당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금'과 비급여 부분의 합계액에서 항목별 공제금액 (주 참조)을 차감하고 처방조제비당보의 한도금액을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)	처방전 12당 종합통원 의료비 (처방조제비) 당보의 한도금액 한도
선택 특약	상해후유 장해보장	고도후유장애 상해로 80%이상 후유장애시	보험가입금액
		일반후유장애 상해로 80%미만 후유장애시	보험가입금액 x지급률
	상해80%이상 후유장애 연금보장	상해로 80%이상 후유장애시(1회에 한함) 120개월간 매일 보험가입금액	120개월간 매일 보험가입금액
		상해로 생활가능 또는 업무능력에 지장을 가져와 4월 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 3일초과 입원 1일당 입원일당 지급 (사고일로부터 180일 이내의 입원에 한함)	일당 보험가입금액
	질병입원일당 (4월이상보장)	질병의 치료를 목적으로 병원 또는 의원에서 4월 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 3일 초과 입원 1일당 입원일당 지급 (지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 함)	일당 보험가입금액
		골절치아피절 제외및 회상잔비보장	골절(치아피절제외)이나 회상으로 진단확정시
	골절회상 수술비보장	골절이나 회상으로 수술시	보험가입금액
	골절(치아 피절포함 진단비보장	골절(치아피절포함)로 진단확정시	보험가입금액

구분	보장명	지급사유	지급금액
선택 특약	재녀배상 책임보장	피보험자(자녀가 보험증권에 기재된 주택의 소유, 사용, 관리 및 일상생활에 기인한 우연한 사고로 인하여 발생한 법률상의 배상책임액 (단, 자기부담금 1사고당 20만원)	1억원 한도 (자기부담금 1사고당 20만원)
		식중독입원 (4월이상 보장)	식중독으로 4월이상 입원치료를 받은 경우
	질병80%이상 후유장애 연금보장		질병으로 80%이상 후유장애시(1회에 한함) 120개월간 매일 보험가입금액
	입진단 지급보장	일반암 7타파부안, 갑상샘암, 성피내암, 경계성종양 진단확정시 각 1회 지급 (단 일반암 진단지급을 지급한 경우 특약 소멸) ※ 1년 이내 진단시 진단지급 50%지급	일반암, 갑상샘암, 성피내암, 경계성종양 7타파부안, 갑상샘암, 성피내암, 경계성종양 보험가입금액의 10%
		조혈모세포이식 수술비보장	조혈모세포이식수술을 받은 경우(1회에 한함)
	부양자책임 후유장애 보장	사망 상해로 사망시	보험가입금액
		고도후유장애 상해로 80%이상 후유장애시 일반후유장애 상해로 80%미만 후유장애시	보험가입금액 보험가입금액 x지급률
	의료비 법률비용보장	의료비 제3조에 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료중 또는 그 치료의 직접 결과로 피보험자에게 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 2백만원의 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고 법률비용으로 지급	2백만원 한도
재녀7대암 진단 지급보장		재녀7대암(뱀 및 관절염, 뇌 및 중추신경계, 림프 및 조혈관련조직 부신, 남자인 경우 간, 고환, 여자인 경우 신장 난소 부위에 발생한 암)으로 진단 확정되었을 경우(1회에 한함) ※ 1년 이내 진단시 진단지급 50%지급	보험가입금액
입원입원일당 보장	일반암, 7타파부안, 성피내암, 갑상샘암, 경계성종양으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4월 이상 계속 입원하였을 경우 3일 초과 입원 1일당 입원일당 지급 (지급일수는 1회 입원당 120)일을 최고 한도로 함	일반암, 7타파부안, 갑상샘암, 성피내암, 경계성종양 보험가입금액의 10%	

구분	보장명	지급사유	지급금액
선택 특약	형입방사선· 악물치료비보장	7타피루암 이외의 암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 방사선치료 또는 악물치료를 받은 경우(회예 한함)	보험가입금액
	중대한 화상 및 부식보장	급격하고도 우연한 외래의 사고로 중증 화상 및 부식으로 진단확정된 경우(회예 한함)	보험가입금액
	중대상해 수술비 보장	급격하고도 우연한 외래의 사고로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 「개두(開頭)수술」, 「개홍(開胸)수술」, 또는 「개복(開腹)수술」을 받은 경우(회예 한함)	보험가입금액
	5대장기이식 수술비보장	상해 또는 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)등에서 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받은 경우(회예 한함) ※ 5대장기 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장	보험가입금액
	양성노종양진단 지급보장	양성노종양으로 확정되었을 경우(회예 한함)	보험가입금액
	학원폭력 위로금 보장	일상생활중에 제3자에 의해 물리적 폭력 행위를 당함으로써 신체에 상해를 입은 경우. 단 관찰경찰서의 폭력사고 확인서를 제출한 경우에 한함	보험가입금액
	유괴·납치· 인질위로금 보장	타인에 의해 유괴, 납치, 불법감금 등으로 억류상태에 놓이게 되어 관찰 행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 경과한 시점까지 구출 또는 억류해제되지 않은 경우, 사고발생 사실을 관찰행정기관에 신고한 시점부터 피보험자가 구출 또는 억류 해제되거나 사망사실이 확인된 시점까지 90일을 한도로 일당 유괴납치위로금 지급	일당 보험가입금액
	중수염명장염 수술비보장	중수염으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우(회예 한함)	보험가입금액
	흉터복원 수술비 보상	상해 사고로 인면부, 상지, 하지에 외형상의 변형이나 추상상해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 성형 외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우(인면부 수술 1cm당 14만원 상지·하지 수술 1cm당 9만원)	5백만원 한도
	갑스치료비 보장	상해 또는 질병으로 인하여 갑스(Cast)치료를 받은 경우	보험가입금액
특정전염병 위로금보장	전염병예방법 제2조에서 규정하고 있는 법정전염병(콜레라, 장티푸스, 파티푸스, 페스트, 파상풍 등)에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우	보험가입금액	

구분	보장명	지급사유	지급금액	
선택 특약	시정각질환 수술비보장	시정각질환으로 진단확정되고 수술시	보험가입금액	
	피부질환 수술비보장	피부질환으로 진단확정되고 수술시	보험가입금액	
	대중교통 이용중 교통상해 후유상해 보장	고도후유상해	대중교통 상해로 80%이상 후유상해시	보험가입금액
		일반후유상해	대중교통 상해로 80%미만 후유상해시	보험가입금액 ×지급률
	※ 대중교통사고란 다음을 말함 1. 운행중 대중교통수단에 탑승중 교통사고 2. 대중교통수단에 탑승목적으로 승·하차 하던 중 교통사고 3. 대중교통수단의 이용을 위해 승강장내 대중교통사고 ※ 대중교통이란 다음을 말함 1. 여객수송용 항공기 2. 여객수송용 지하철 전철, 7차 3. 여객자 동차운수사업시행령 제3조의 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외) 4. 여객자 동차운수사업시행령 제3조의 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)			
	주1) 항목별 공제금액			
	구분	항 목		공제금액
	외래용 (외래제비 및 외래수술비 함께)	의료법 제3조 제6항에 의한 의원, 치과의원, 한의원 의료법 제3조 제7항에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의원 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료원을 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소		1만원
		의료법 제3조 제8항에 의한 종합병원, 동법 제3조 제4항에 의한 병원, 치과병원, 한방병원, 동법 제3조 제5항에 의한 요양병원 국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관		1만 5천원
	처방 조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국화귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)		2만원
		8천원		

주2) 계약소멸사유 : 피보험자(차내) 사망시 (단, 부양자사망유류장해보장 특약의 경우 부양자 사망 또는 상해80%이상 고도후유상해 발생시)

주3) 상기 지급사유 및 지급금액의 세부 사항은 약관 참조

(2) 보험금 지급제한 사항

- ① 회사의 보장은 보험증권보험가입증서에 기재된 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하며 마지막 날 오후 4시에 종료됩니다. 이 경우 시각은 보험증권보험가입증서 발행자의 표준서에 따릅니다. 다만, 제 회 보험료를 납입하기 전 사고에 대해서는 보상하지 않습니다.
- ② 보험계약 청약시 보험계약자 및 피보험자는 청약서상의 질문사항 고지사항에 대하여 사실대로 알려야 합니다. 만일 허위 또는 부실하게 알렸을 경우에는 보험사고 발생시 보상이 되지 않음은 물론 보험계약이 해지될 수 있습니다.
- ③ 이 상품의 의료비는 의료비를 보장하는 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우, 보험약관에 따라 비례 보상됩니다.
 ※ 다수계약이란?
 제3보험의 상해·질병·긴병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험을 의미합니다
- ④ 보상하지 아니하는 손해
 파보합자, 보험계약자 및 보험수익자의 고의, 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 등에 따라 보험금 지급이 제한될 수 있습니다. 기타 세부사항은 약관을 참조하시기 바랍니다.

4. 보험료 분석표 예시

(1) 종: 순수보장형

(가입기준 : 남자 5세, 상해급수 1급, 10년만기/10년납, 월납, 단위: 원)

구분	보장명	보험가입금액	보험료
기본 계약	실손의료비보상 (갱신형)	질병입원 5천만원한도	50,000,000 1,903
		상해입원 5천만원한도	50,000,000 755
		질병외래 25만원 한도/ 질병처방 조제비 5만원 한도	250,000 765
		상해외래 25만원 한도/ 상해처방 조제비 5만원 한도	250,000 287
		합계	
선택 특약	상해후유장애보장	100,000,000	2,800
	상해80%이상 후유장애연금	1,000,000	690
	상해입원일당(4일)상보장	20,000	1,018
	질병입원일당(4일)상보장	20,000	494
	골절(차아피절제외) 및 화상진단비보장	200,000	82.6
	자녀배상책임보상	100,000,000	57
	식중독인원(4일)상보장	100,000	13
	암진단지급보장	50,000,000	950
	의료사고법률비용보상	2,000,000	1
	자녀가담진단지급보장	10,000,000	157
	암입원일당보장	30,000	57
	항암방사선·약물치료비보장	1,000,000	10
	5대장기이식수술비보장	10,000,000	10
	중수염수술비보장	200,000	79
	킵스치료비보장	100,000	292
특정전염병위료급보장	200,000	6	
합계		11,170	

주1) * (갱신형) 약관은 최초 계약의 3년만기3년납 기준 보험료임

주2) 보험료 합계는 기본계약 및 전체 특약의 보험료를 합하여 일원단위에서 반올림한 금액임

(2) 2종: 만기환급형

(가입기준 : 남자 5세, 상해급수 1급, 9년만기/9년납, 월납, 단위: 원)

구분	보장명	보험가입금액	보험료
기본 계약	실손의료비보상 (갱신형)	질병입원 5천만원한도	50,000,000 1,903
		상해입원 5천만원한도	50,000,000 755
		질병외래 25만원 한도/ 질병처방 조제비 5만원 한도	250,000 765
		상해외래 25만원 한도/ 상해처방 조제비 5만원 한도	250,000 287
		직접부분	-
선택 특약	상해후유장애보장	80,000,000	2,256
	골절(차아피절제외) 및 화상진단비보장	100,000	417
	자녀배상책임보상	100,000,000	58
	식중독인원(4일)상보장	50,000	7
	암진단지급보장	10,000,000	191
	조혈모세포이식수술비보장	10,000,000	43
	의료사고법률비용보상	2,000,000	1
	항암방사선·약물치료비보장	1,000,000	10
	5대장기이식수술비보장	10,000,000	10
	흉터복원수술비보상	5,000,000	154
	킵스치료비보장	100,000	294
	특정전염병위료급보장	100,000	3
	사형각질환수술비보장	100,000	12
	피부질환수술비보장	200,000	6
	대중교통이용중 교통상해후유장애보장	10,000,000	7
골절(차아피절제외)진단비보장	50,000	200	
합계		11,000	

주1) * (갱신형) 약관은 최초 계약의 3년만기3년납 기준 보험료임

주2) 보험료 합계는 기본계약 및 전체 특약의 보험료를 합하여 일원단위에서 반올림한 금액임

5. 보험료 산출기초

(1) 보험료의 구성

- 보험계약자가 납입하는 보험료는 보험사고 발생시 보험금지급을 위한 위험보험료, 만기시 환급금을 지급하기 위한 저축보험료, 보험회사의 사업경비를 위한 부가보험료로 구성됩니다.

(2) 예정이율

- 이 상품의 보장부분 예정이율은 연복리 3.5%입니다

※ 예정이율이란?

보험회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적절히 두는데 보험료 납입시점과 보험금 지급시점에는 시차가 발생하게 된다. 이 기간동안 보험회사는 적립된 금액을 운용할 수 있으므로 운용에

따라 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데 이러한 할인을율 "예정이율"이라고 합니다. 일반적으로 예정이율이 높아지면 보험료는 낮아지고, 예정이율이 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

- 이 상품 2종(만기환급형)의 적립부분 순보험료에 대한 부리아율은 '공시이율'이며, 최저보장이율은 연 1.5%입니다

경과기간별	적용이율
1년미만	공시이율 -2.0%
1년이상 2년미만	공시이율 -1.0%
2년이상	공시이율

(3) 예정위험률

※ 예정위험률이란?

한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 수 있는 확률을 대수의 법칙에 의해 예측한 것을 예정위험률이라고 합니다. 일반적으로 예정위험률이 높으면 보험료가 높아지고 낮아지면 보험료가 낮아집니다

□ 예정위험률 예시

(기준: 기본계약 가입금액 1억원, 5세 성해1급)

보장위험	남		여		
	남	여	남	여	
질병위험(5천만원한도)	11,477	12,931	상해외래(25만원 한도)	0.008743	0.005530
상해위험(5천만원한도)	4,042	2,278	질병차상조제(5만원 한도)	0.004474	0.005724
질병외래(25만원 한도)	0.023494	0.028746	상해차상조제(5만원 한도)	0.000767	0.000114

(4) 예정사업비율

※ 예정사업비율이란?

보험회사가 보험계약의 체결, 유지 및 관리 등에 필요한 경비로 사용하기 위하여 보험료중 일정비율을 사업비로 책정하고 있는데 이를 예정사업비율이라 합니다

□ 예정사업비율 예시

(기준: 기본계약 남자 5세, 10년만기)

구분	신계약비	유자비	수급비	사업비 계
1종(순수보장형)	44.0%	94.5%	108.6%	71.2%
2종(만기환급형)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

- 이 보험의 예정사업비율은 업계 전체상품의 평균 예정사업비율과 비교한 수치이며, 업계평균 사업비율 산출기준일은 2009년 4월 1일입니다

※ 예정사업비율이란?

손해보험협회에서 매년 산출한 업계의 평균사업비 규모(사업비 항목별 업계 평균을 100으로 설정)와 비교한 지수입니다. 이러한 예정사업비율은 실제 귀하께서 가입하신 상품의 보험가입금액, 보험기간, 보험료납입기간 및 납입 보험료 등에 따라 차이가 발생할 수 있습니다.

6. 계약자배당에 관한 사항

- 이 상품은 무배당 상품으로서 배당을 하지 않습니다. 그러나 무배당 상품은 배당상품에 비해 보험료가 상대적으로 저렴하다는 특징이 있습니다.

7. 해약환급금에 관한 사항

(1) 해약환급금 산출기준

- 회사는 금융감독원장이 인가한 산출기준에 따라 계산한 이 보험의 순보험료식 책임준비금에서 미상각신계약비를 공제한 금액을 해약환급금으로 지급하여 드립니다.

(2) 해약환급금 예시

① 1종(순수보장형)

(가입기준: 4. 보험료 분석표 예시 (1) 1종: 순수보장형 기준, 단위: 원)

구분	납입보험료	해약환급금	
		환급금	환급률
1년	134,040	-	0.0%
3년	402,120	551	0.1%
5년	581,160	889	0.2%
7년	760,200	2,187	0.3%
8년	849,200	1,902	0.2%
9년	938,240	1,254	0.1%
10년	1,028,760	-	0.0%

② 2종(만기환급형)

(가입기준: 4. 보험료 분석표 예시 (1) 1종: 만기환급형 기준, 단위: 원)

구분	납입보험료	해약환급금			
		최저보장이율		적용이율	
		환급금	환급률	환급금	환급률
1년	132,000	8,984	6.8%	8,984	6.8%
3년	396,000	89,640	22.6%	92,879	23.5%
5년	570,960	169,436	29.7%	178,628	31.3%
7년	745,920	251,502	33.7%	270,035	36.2%
8년	833,400	293,765	35.2%	318,388	38.2%
9년	920,880	336,576	36.5%	368,347	40.0%

- 상기 예시금액은 3.5%(공시이율, 2009년 10월 현재)를 기준으로 계산한 금액이며, 향후 공시이율 변동시 해약환급금은 감소하거나 증가할 수 있습니다.

- 상기 최저보장이율은 1.5%입니다.

(3) 해약환급금이 적은 이유

- 손해보험상품은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축기능을 겸한 제도로서 보험계약자가 납입한 보험료중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 보험계약자에게 지급되는 보험금의 재원으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되므로 중도해약시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

상품요약서는 상품의 주요내용만을 요약한 자료이므로, 구체적인 상품내용은 보험약관을 참조하시기 바랍니다

무배당 ACE 우리아이행복 실손의료비 보장보험(09010) 2종(만기환급형) 보통약관

실손 의료보험은 사람의 질병·상해 또는 이로 인한 간병에 관한 손해의료비에 한합니다를 보험회사가 보상하는 상품입니다

제1장 일반사항

제1 조(담보종목)

① 회사가 판매하는 실손 의료보험상품은 상해입원형 상해통원형 질병입원형 질병통원형, 종합상해와 질병을 말합니다. 입원형, 종합통원형 등 총 6개의 담보종목으로 구성되어 있으며 계약자는 이들 6개 담보종목 중 한 가지 이상을 선택하여 가입할 수 있습니다.

담보종목		보상하는 내용
상해	입원	피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
질병	입원	피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
종합	입원	피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

② 회사는 이 약관의 명칭에 '실손 의료비' 문구를 포함하여 사용합니다

제2 조(용어정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 (붙임)과 같으며 해당 용어는 이 약관에서 미흡을 그어 표시합니다.

제2장 회사가 보상하는 사항

제3 조(담보종목별 보장내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

담보종목	보상하는 사항
------	---------

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 실행당 보험증권에 기재된 상해입원의료비 담보의 한도금액(5,000만원)을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다을 한도로 보상하여 드립니다.

구분	보상금액
입원실료 입원재비용 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금' 과 '비급여(여성금방실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급병원차액	입원시 실제 사용병실과 2준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병원료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

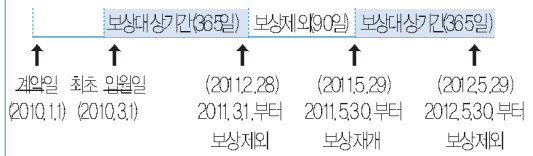
(1) 상해입원

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식을 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다

③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함) 때에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 실행당 보험증권에 기재된 상해입원의료비 담보의 한도금액(5,000만원)을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다을 한도로 보상하여 드립니다.

④ 회사는 하나의 상해(동일 상해)로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다. 이로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 동일한 상해로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해로 보아 다시 보상하여 드립니다.

(보상기간 예시)



⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다.

담보종목	보상하는 사항	
(1) 상해우원	다만, 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다. ⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 우원의료비를 계산합니다.	
(2) 상해통원	① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해 로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제 를 받은 경우에는 통원의료비 로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외배(외배제비용, 외배수술비) 및 처방조제비 를 각각 보상하여 드립니다.	
	구 분	보 상 한 도
	외배	방문 1회당 국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금 과 비급여 부분의 합계액에서 <표 항목별 공제 금액>을 차감하고 보험증권에 기재된 상해외배담보의 한도금액을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금 과 비급여 부분의 합계액에서 <표 항목별 공제금액>을 차감하고 보험증권에 기재된 상해처방조제비 담보의 한도금액을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)	
주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다. <표1 항목별 공제금액>		
구 분	항 목	공제금액
외배 (외배제비용 및 외배수술비) 합계	의료법 제3조 제6항에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제7항에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건요를 위한 특별초치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제3항에 의한 종합병원 동법 제3조 제4항에 의한 병일, 치과병원, 한방병원, 동법 제3조 제5항에 의한 요양병원	1만 5천원
처방조제비	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관	2만원
	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀약품센터에서의 처방 조제(의사의 처방전 1건당, 의문분 예외지역에서 약사의 직접조제 12명)	8천원
② 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료		

담보종목	보상하는 사항	
(2) 상해통원	되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비 는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다. <보상기간 예시> [보상대상기간] [보상대상기간] [보상대상기간] [추보상(180일)]	
	↑	↑
	계약일 (2010.1.1)	계약해당일 (2011.1.1)
(3) 질병우원	③ 하나의 상해 로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료(하나의 상해로 요양을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제 4항 및 제2항을 적용합니다. ④ 제1항의 상해 에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식을 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다. ⑤ 피보험자(보험대상자) 가 국민건강보험법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함함) 다음에 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 보험증권에 기재된 상해외배담보 및 상해처방조제비담보의 한도금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다. ⑥ 피보험자(보험대상자) 가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비 를 계산합니다.	
	↑	↑
	계약일 (2012.1.1)	계약해당일 (2012.1.1)
(3) 질병우원	① 회사는 피보험자(보험대상자) 가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비 를 다음과 같이 하나의 질병당 보험증권에 기재된 질병입원의료비담보의 한도금액(5,000,000원)을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.	
	구 분	보 상 금 액
	입원실료 입원제비용 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금' 과 '비급여성공성실료 차액 제외' 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상함)다
상급병실료(약)	입원시 실제 사용병실과 그중병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출함)다	

담보종목	보상하는 사항															
(3) 질병입원	<p>② 제8항의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 이 약관 제18조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.</p> <p>③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다.)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 질병당 보험증권에 기재된 질병입원의료비보의 한도금액(5,000만원)을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다. 이를 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p>④ 회사는 동일한 질병 또는 하나의 질병(약학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다.)으로 인한 입원의료비는 최초 입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다.)까지 보상하여 드립니다. 다만, 하나의 질병으로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 질병으로 인한 입원으로 보아 다시 보상하여 드립니다.</p> <p>(보상기간 예시)</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">계약일</td> <td style="text-align: center;">최초 입원일</td> <td style="text-align: center;">(2012.28)</td> <td style="text-align: center;">(2015.29)</td> <td style="text-align: center;">(20125.29)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(2010.1.1)</td> <td style="text-align: center;">(2010.3.1)</td> <td style="text-align: center;">2011.31.부터 보상제외</td> <td style="text-align: center;">2011.5.30부터 보상재개</td> <td style="text-align: center;">2012.5.30부터 보상제외</td> </tr> </table>	↑	↑	↑	↑	↑	계약일	최초 입원일	(2012.28)	(2015.29)	(20125.29)	(2010.1.1)	(2010.3.1)	2011.31.부터 보상제외	2011.5.30부터 보상재개	2012.5.30부터 보상제외
	↑	↑	↑	↑	↑											
계약일	최초 입원일	(2012.28)	(2015.29)	(20125.29)												
(2010.1.1)	(2010.3.1)	2011.31.부터 보상제외	2011.5.30부터 보상재개	2012.5.30부터 보상제외												
	<p>⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다.) 보상하여 드립니다. 다만 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.</p> <p>⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.</p> <p>⑦ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병의약상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다. 이를 말하며 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 약학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원할 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.</p> <p>⑧ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(연말이 지동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.</p>															

담보종목	보상하는 사항													
(3) 질병입원	<p>⑨ 제8항의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 이 약관 제18조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.</p> <p>⑩ 이 약관 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력 회복)에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.</p> <p>⑪ 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래진료비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.</p>													
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>구 분</th> <th>보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>외래</td> <td>방문 1회당 국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금과 비급여 부분의 합계액에서 <표 항목별 공제금액>을 차감하고 보험증권에 기재된 질병외래담보의 한도금액(월)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)</td> </tr> <tr> <td>처방조제비</td> <td>처방전 1건당 국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금과 비급여 부분의 합계액에서 <표 항목별 공제금액>을 차감하고 보험증권에 기재된 질병처방조제비 담보의 한도금액(월)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)</td> </tr> </tbody> </table>	구 분	보상금액	외래	방문 1회당 국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금과 비급여 부분의 합계액에서 <표 항목별 공제금액>을 차감하고 보험증권에 기재된 질병외래담보의 한도금액(월)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)	처방조제비	처방전 1건당 국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금과 비급여 부분의 합계액에서 <표 항목별 공제금액>을 차감하고 보험증권에 기재된 질병처방조제비 담보의 한도금액(월)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)							
구 분	보상금액													
외래	방문 1회당 국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금과 비급여 부분의 합계액에서 <표 항목별 공제금액>을 차감하고 보험증권에 기재된 질병외래담보의 한도금액(월)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)													
처방조제비	처방전 1건당 국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금과 비급여 부분의 합계액에서 <표 항목별 공제금액>을 차감하고 보험증권에 기재된 질병처방조제비 담보의 한도금액(월)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)													
(4) 질병통원	<p>주) 외래 및 처방조제비는 회(간담) 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.</p> <p><표1 항목별 공제금액></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>구 분</th> <th>항 목</th> <th>공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">외래 (외래진료비용 및 외래수술비) 합계</td> <td>의료법 제3조 제6항에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제7항에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건요를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소</td> <td>1만원</td> </tr> <tr> <td>의료법 제3조 제3항에 의한 종합병원, 동법 제3조 제4항에 의한 병원, 치과병원, 한방병원, 동법 제3조 제5항에 의한 요양병원, 국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관</td> <td>1만 5천원</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">처방조제비</td> <td>국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 일교, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀약품센터에서의 처방, 조제의사의 처방전 1건당 의무분업 예외지역에서 외사의 직접조제 1건당)</td> <td>2만원</td> </tr> <tr> <td>국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 일교, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀약품센터에서의 처방, 조제의사의 처방전 1건당 의무분업 예외지역에서 외사의 직접조제 1건당)</td> <td>8천원</td> </tr> </tbody> </table>	구 분	항 목	공제금액	외래 (외래진료비용 및 외래수술비) 합계	의료법 제3조 제6항에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제7항에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건요를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원	의료법 제3조 제3항에 의한 종합병원, 동법 제3조 제4항에 의한 병원, 치과병원, 한방병원, 동법 제3조 제5항에 의한 요양병원, 국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관	1만 5천원	처방조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 일교, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀약품센터에서의 처방, 조제의사의 처방전 1건당 의무분업 예외지역에서 외사의 직접조제 1건당)	2만원	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 일교, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀약품센터에서의 처방, 조제의사의 처방전 1건당 의무분업 예외지역에서 외사의 직접조제 1건당)	8천원
구 분	항 목	공제금액												
외래 (외래진료비용 및 외래수술비) 합계	의료법 제3조 제6항에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제7항에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건요를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원												
	의료법 제3조 제3항에 의한 종합병원, 동법 제3조 제4항에 의한 병원, 치과병원, 한방병원, 동법 제3조 제5항에 의한 요양병원, 국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관	1만 5천원												
처방조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 일교, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀약품센터에서의 처방, 조제의사의 처방전 1건당 의무분업 예외지역에서 외사의 직접조제 1건당)	2만원												
	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 일교, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀약품센터에서의 처방, 조제의사의 처방전 1건당 의무분업 예외지역에서 외사의 직접조제 1건당)	8천원												

담보종목	보상하는 사항						
(5) 종합유일	⑥ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지 보험기간 종료일은 제외합니다. 보상하여 드립니다. 다만 이 경우 제5항은 적용하지 않습니다.						
	⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직면복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 유일 의료비를 계산합니다.						
	⑧ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병의 임상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다. 예를 들어 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.						
	⑨ 제8항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(외래이) 지속갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.						
	⑩ 제9항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제8조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.						
	⑪ 이 약관 제19조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.						
	① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래진비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>구 분</th> <th>보 상 한 도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>외래</td> <td>방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금'과 비급여 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 보험증권에 기재된 종합상해(질병)외래담보의 한도금액(약)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)</td> </tr> <tr> <td>처방조제비</td> <td>처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금'과 비급여 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 보험증권에 기재된 종합상해(질병)처방조제비담보의 한도금액(약)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)</td> </tr> </tbody> </table>	구 분	보 상 한 도	외래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금'과 비급여 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 보험증권에 기재된 종합상해(질병)외래담보의 한도금액(약)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)	처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금'과 비급여 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 보험증권에 기재된 종합상해(질병)처방조제비담보의 한도금액(약)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)
	구 분	보 상 한 도					
	외래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금'과 비급여 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 보험증권에 기재된 종합상해(질병)외래담보의 한도금액(약)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)					
처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금'과 비급여 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 보험증권에 기재된 종합상해(질병)처방조제비담보의 한도금액(약)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)						
주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.							

담보종목	보상하는 사항													
(6) 종합통원	<표1 항목별 공제금액>													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>구 분</th> <th>항 목</th> <th>공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">외래 (외래진비용 및 외래수술비 합계)</td> <td>의료법 제3조 제6항에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제8조 제7항에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건요를 위한 특별조치법 제5조에 의한 보건진료소</td> <td>1만원</td> </tr> <tr> <td>의료법 제3조 제3항에 의한 종합병원, 동법 제3조 제4항에 의한 병원, 치과병원, 한방병원, 동법 제8조 제5항에 의한 요양병원</td> <td>1만 5천원</td> </tr> <tr> <td>국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관</td> <td>2만원</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">처방 조제비</td> <td>국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국귀의약품센터에서의 처방 조제(의사의 처방전 1건당 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)</td> <td>8천원</td> </tr> </tbody> </table>	구 분	항 목	공제금액	외래 (외래진비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제6항에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제8조 제7항에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건요를 위한 특별조치법 제5조에 의한 보건진료소	1만원	의료법 제3조 제3항에 의한 종합병원, 동법 제3조 제4항에 의한 병원, 치과병원, 한방병원, 동법 제8조 제5항에 의한 요양병원	1만 5천원	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관	2만원	처방 조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국귀의약품센터에서의 처방 조제(의사의 처방전 1건당 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원
	구 분	항 목	공제금액											
	외래 (외래진비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제6항에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제8조 제7항에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건요를 위한 특별조치법 제5조에 의한 보건진료소	1만원											
		의료법 제3조 제3항에 의한 종합병원, 동법 제3조 제4항에 의한 병원, 치과병원, 한방병원, 동법 제8조 제5항에 의한 요양병원	1만 5천원											
		국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관	2만원											
	처방 조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국귀의약품센터에서의 처방 조제(의사의 처방전 1건당 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원											
		② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식을 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.												
	③ 제1항의 질병에서 청약사상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약사상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.													
	④ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 절차 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 보험증권에 기재된 종합상해(질병)외래담보 및 종합상해(질병)처방조제비담보의 한도금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.													
⑤ 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.														
<보상기간 예시>														

담보종목	보상하는 사항
	<p style="text-align: center;">보상대상기간(1년) 보상대상기간(1년) 보상대상기간(1년) 추보상(180일)</p> <p style="text-align: center;">↑ ↑ ↑ ↑ ↑</p> <p>계약일 계약해당일 계약해당일 보험기간 종료일 보상종료 (2019.1.1) (2019.11.1) (2021.1.1) (2021.12.31) (2013.6.29)</p>
(6) 종합통원	<p>⑥ 하나의 상해 또는 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료(하나의 상해 또는 하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조치를 포함한다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제8항의 적용을 적용합니다.</p> <p>⑦ 피보험자(보험대상자)가 병입 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 약비를 감면하는 경우에는 그 감면 전 약비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.</p> <p>⑧ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함한다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>⑨ 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제8조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.</p> <p>⑩ 이 약관 제19조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.</p>

제3장 회사가 보상하지 않는 사항

제4 조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

담보종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해인원	<p>① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 인원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.

담보종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해인원	<ol style="list-style-type: none"> 5. 일몰중독, 습관성 약품 또는 한약제의 복용 및 사용 6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변 폭동 7. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함한다) 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함한다)의 방사성 폭발성 사고(방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염을 포함한다) 8. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 전문운동(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말한다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 헬기라이딩 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행을 위한 연습을 포함한다 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다) 3. 산악승무원 어부, 시공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승 <p>③ 회사는 아래의 인원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치료목적으로 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액 3. 건강검진, 예방접종, 인공유산 다만 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신음 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정)을 포함한다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 약치, 약수족, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외한다) 6. 외과개신 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 <p>가. 쌍꺼풀수술(중검수술), 코성형수술(음비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안외각리증의 교정 등 시각계 수술로서 시력개신</p>

담보종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해인원	<p>목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 인경 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리장력류 수술</p> <p>7. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용</p> <p>8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만 본인부담의료비는 제3자담보종목별 보장내용에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>9. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비</p>
(2) 상해통원	<p>① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다</p> <p>1. 수의자의 고의. 다만, 그 수의자가 보험금의 일부 수의자인 경우에는 그 수의자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수의자에게 지급하여 드립니다.</p> <p>2. 개입자의 고의</p> <p>3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>5. 알콜중독, 습관성 약물 또는 한약제의 복용 및 사용</p> <p>6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동</p> <p>7. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 사고(방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염을 포함합니다)</p> <p>8. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 작업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다</p> <p>1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 항몰라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동</p> <p>2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범 흥행이를 위한 연습을 포함합니다. 또는 시운전 다만 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)</p>

담보종목	보상하지 않는 사항
(2) 상해통원	<p>3. 선박승무원 어부, 시공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승</p> <p>③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <p>1. 치과치료 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비</p> <p>2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액</p> <p>3. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>4. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보살용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정)을 포함합니다. 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>5. 의치, 약수족, 양안, 인경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(단, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)</p> <p>6. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(중검수술, 고성형수술(음비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안외각리正的 교정 등 시각적 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 인경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리장력류 수술</p> <p>7. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용</p> <p>8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만 본인부담의료비는 제3자(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>9. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비</p>
(3) 질병위험	<p>① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 위험의료비는 보상하여 드리지 아니합니다</p> <p>1. 수의자의 고의. 다만, 그 수의자가 보험금의 일부 수의자인 경우에는 그 수의자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수의자에게 지급합니다</p> <p>2. 개입자의 고의</p> <p>3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.</p>

담보종목	보상하지 않는 사항
(3) 질병유원	4 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다
	② 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 원위의료비 에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다 1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다, 산후기로 통입 한 경우C00~C04) 4. 산전성 뇌질환(C00~C04) 5. 비만(E66) 6. 비뇨기계 장애(N39, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여 에 해당하지 않는 부분(K84, K60~K62)
	③ 회사는 아래의 원위의료비 에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다 1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여 에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액 3. 건강검진, 예방접종, 인공유산, 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다 4. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여 보사용 투약 처방 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술 보조생식술체내, 체외 인공수정을 포함합니다, 성정숙진과 관련된 비용 등에 소요된 비용, 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 파도 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모 백모증, 탈모(주사비), 점모반, 시미귀, 여드름 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)불감증, 단순 코골음, 단순포경(chimosis), 경멸반 등 인과질환 6. 약치, 약수족, 약안, 인경, 콘택트렌즈 보정기, 목발, 팔걸이(Arm Sing), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 약치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) 7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(윤비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안외각리증의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선

담보종목	보상하지 않는 사항
(3) 질병유원	목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 인경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 대리장막류 수술 8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용 9. 산재보험에서 보상 받는 의료비, 다만, 본인부담 의료비는 제3조(담보종목별 보상내용)에 따라 보상하여 드립니다. 10. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료 기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다) 11. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통입의료비 는 보상하여 드리지 아니합니다 1. 수의자의 고의, 다만, 그 수의자가 보험금의 일부 손익자인 경우에는 그 손익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수의자에게 지급합니다 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의, 다만 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해한 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다 4. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다 ② 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 통입의료비 에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다 1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통입 한 경우(C00~C09) 4. 선천성 뇌질환(C00~C04) 5. 비만(E66) 6. 비뇨기계 장애(N39, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여 에 해당하지 않는 부분(K84, K60~K62)
(4) 질병통원	③ 회사는 아래의 통입의료비 에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여 에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터사전 또는 사후 환급이 가능한 금액

담보종목	보상하지 않는 사항	
(4) 질병통원	3. 건강검진, 예방접종, 인공유산, 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.	
	4. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보사용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술체내, 체외 인공수정을 포함합니다. 성형수술과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.	
	5. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비 가 단순한 피로 또는 권태 나 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기루(주사비), 점모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다 발기부전(impotence), 불경증, 단순 코골음, 단순포진(chmiosis), 감염반 등 인과질환	
	6. 의치, 의족, 의안, 인경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sring), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(단, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)	
	7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(윤비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나 사시교정, 안외각리증의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다 인경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라 외모개선 목적의 다미장백류 수술	
	8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용	
	9. 산재보험에서 보상받는 의료비, 다만, 본인 부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.	
	10. 인면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료 중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)	
	11. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비	
	(5) 종합인원	① 손해에 대하여는 '손해인원'을 적용 ② 질병에 대하여는 '질병인원'을 적용
	(6) 종합통원	① 손해에 대하여는 '손해통원'을 적용 ② 질병에 대하여는 '질병통원'을 적용

제4장 계약의 성립과 유지

제5조(계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 "진단계약"이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 다만 계약자의 요청이 있을 경우에는 전자거래기본법 제2조 제4호에서 정한 전자문서(이하 "전자문서"라 합니다)로 보험증권(보험가입증서)을 드릴 수 있습니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율(이하 "예정이율"이라 합니다) + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만 회사는 계약자가 제회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제6조(청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날 또는 제회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약에서 진단을 받은 후, 단체(취급)계약 및 보험기간이 1년 미만인 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날로부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율(이하 "보험계약대출이율"이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.
- ③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알고 있는 경우를 제외하고 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제7조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 사전 등으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험종목 또는 담보종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 수급방법 및 납입기간
 4. 계약자, 수익자
 5. 보험가입금액 등 기타 계약의 내용
- ② 회사는 계약자가 제회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서

그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

- ③ 회사는 계약자가 제1항 제5호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 계약자가 제1항 제5호의 규정에 의하여 수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제9조(보험나이 등)

- ① 이 약판에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 제 8항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 보험금을 현재 납입되고 있는 보험료에 의해서 정해진 나이 및 성별에 적용되는 보험금의 금액으로 합니다.

제9조(계약의 무효)

계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 그러나 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조(계약의 소멸)

- ① 피보험자(보험대상자)의 사망으로 인하여 이 약판에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 그 때까지 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자(보험대상자)의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자(보험대상자)가 사망한 것으로 봅니다.
- ③ 제 8항의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 피보험자(보험대상자), 수익자(보험금을 받는 자) 및 계약자의 고의에 의해 사망했을 경우에는 다음의 각 호의 규정을 따릅니다.
 - 1. 피보험자(보험대상자)의 고의에 의한 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 - 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의에 의한 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리며 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 - 3. 계약자의 고의에 의한 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제11조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조(계약의 자동갱신)

회사는 이 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하는 경우에 이 계약의 만기일의 15일 전까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약의 만기일의 다음날(이하 「갱신일」이라 함)에 갱신후 보장계약으로 갱신되는 것으로 합니다.

- 1. 갱신후 보장계약(이하 「갱신보장계약」이라 함)이 회사가 아래의 표에서 정한 3회차 갱신계약 이내의 계약일 것

구분	최초계약(회차)	2회차 갱신계약	3회차 갱신계약
보험기간	3년	3년	3년

- 2. 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 연령이 회사가 아래의 표에서 정한 보험가입나이의 범위 내일 것

구분	최초계약(회차)	2회차 갱신계약	3회차 갱신계약
보험가입나이	0세~20세	3세~23세	6세~26세

- 3. 갱신전 보장계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

제13조(갱신보장계약 보험료 납입 재회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

- ① 회사는 제 55조제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제3항에서 정한 갱신계약 보장보험료와 최초계약의 보장보험료외의 차액을 제155조제회 보험료 및 회사의 보장개시) 제3항에서 정한 적립보험료에서 대체합니다. 다만, 적립보험료에서 대체할 수 없을 경우에는 추가로 납입하여야 합니다.
- ② 계약자가 갱신전 보장계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 위 ①에서 정한 방법에 따라 갱신보장계약의 제회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 때에는 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지 납입하여야 하며, 보험계약자가 보험료를 납입하지 않는 경우 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일에 보장계약은 해제된 것으로 봅니다.
- ③ 동 기간(갱신보장계약의 제회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 경우 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일)에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신보장계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제14조(자동갱신 적용)

- ① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용)하며 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정된 경우 이 갱신보장계약에 대해서는 갱신일 현재의 약관, 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.
- ② 회사는 제22조(계약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제8항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ③ 회사는 제8항에 의하여 이 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을

발행하지 아니합니다.

제5장 보험료의 납입통

제15조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드출 송인에 필요한 정보를 제공한 때) 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 송인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때 이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일(책임개시일)"이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 계약 전 알릴 의무를 위반한 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ③ 제2항 및 제3항의 보험료는 제3조(담보종목별 보장내용)의 손해를 보상하는데 필요한 보험료(이하 "보장보험료")라 합니다)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하 "적립보험료"라 합니다)로 구성됩니다.(이하 "보장보험료"와 "적립보험료"를 합하여 보험료라 합니다)

제16조 제2회 이후 보험료의 납입

- ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날(이하 "납입기일"이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.
- ② 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 예정이율로 할인하여 드립니다. 이 경우 계약이 보험기간중에 소멸 또는 변경되거나 보험료납입이 면제되었을 경우에 산납보험료가 있으면 산납보험료를 받은 기간에 대하여 예정이율로 계산한 금액을 산납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

제17조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제18조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며 이 경우 제19조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
- 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 합산한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

- ③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재산청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제22조(해약환급금 제1항)에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제18조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자(타인)을 위한 보험계약의 경우 특정된 수익자를 포함한다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출원리금을 상계할 수 있다는 내용을 포함합니다)을 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 제18조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출에 의하여 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청양할 수 있으며 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청양한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 예정이율 + 1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 권리연동형보험은 각 담보종목별 사업법상에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제5조(계약의 성립), 제15조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제25조(계약 전 알릴의무) 및 제28조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제20조(강제 집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행 강제 및 지방세 처분처분 절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제7조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청양할 수 있음을 수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청양을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정 상속인이 수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

- ④ 회사는 제항의 통지를 계약이 해지된 날로부터 7일 이내에 하여야 합니다
- ⑤ 수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)로부터 15일 이내에 제항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제21조(만기환급금의 지급)

- ① 회사는 계약자가 보험료를 완납하고 보험기간이 끝날 때까지 계약이 유효한 때에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 방법」에 따라 회사가 적립한 적립부분 책임준비금을 만기환급금으로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
- ② 제 항의 적립부분 책임준비금은 적립부분 순보혐료(적립보험료에서 소정의 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)로부터 보험료 납입경과기간에 따라 이 보험의 공시이율로 적립한 금액을 말합니다. 다만, 보험기간 중 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점(이후부터) 변경된 이율을 적용하며 최저보장이율은 연 1.5%로 합니다.

제22조(해약환급금)

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다. 이 때, 적립부분 순보혐료에 대하여는 회사는 제 회 보험료를 받은 날로부터 보험료 납입경과기간에 따라 아래의 중도해지시 적용이율을 적용합니다. 다만, 보험기간중 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점(이후부터) 변경된 이율을 적용하며 최저보장이율은 연 1.5%로 합니다.

경과기간	적용이율
1년 미만	공시이율 - 2%
1년이상 ~ 2년 미만	공시이율 - 1%
2년 이상	공시이율

- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제23조(배당금의 지급)

- ① 회사는 금융감독원장이 정하는 방법에 따라 회사가 결정된 배당금을 계약자에게 지급합니다
- ② 회사는 배당금 지급이 결정되었을 때에는 그 내역을 계약자에게 알려 드립니다.

제6장 다수보험의 처리 등

제24조(다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다
- ③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 우월, 우배 차등구조를 각각 구분하여 계산합니다

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \frac{\text{계약의 보상대상의료비 중 최고액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}} \times \text{각 계약별 보상책임액}$$

제25조(연대 책임)

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 수익자가 동일한 다수보험의 경우 수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 제3자(보험금별 보장내용에서 정한 각담보별 보상한도내에서) 지급합니다
- ② 제항에 의하여 보험금을 지급한 회사는 수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다

제7장 계약전 알릴의무 등

제26조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단서를 말합니다) 청약처에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 하며 「계약 전 알릴의무」라 하며, 상보상 「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제27조(상해보험계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(차기용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다
- ② 회사는 제항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 「변경전 이율」이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료를(이하 「변경후 이율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 손해에 관해서는 그러하지 아니합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 이율이 변경전 이율보다 높을 때에는 회사는 중 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제항에 의해 보상권을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다

제28조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제26조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제27조(사해보험계약) 후 알릴 의무제 항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ② 제 항 제호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 제회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년이 지났을 때
 3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등에 의하여 송기한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때)계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
 4. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때, 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ③ 제항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우에는 해약환급금을 지급합니다.
- ④ 제 항 제호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 반대증거가 있는 경우 이익을 제기할 수 있습니다 라는 문구와 함께 계약자에게 알려 드립니다. 또한, 이 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다.
- ⑤ 보험금 지급사유가 제 항에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된 때에는 제항에 관계없이 보상하여 드립니다.

제29조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 회사에게 보험금보험료 납입면제를 포함한다을 지급하게 할 목적으로 고의로 사해 또는 살방을 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우, 다만 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 해약환급금을 지급합니다.

제30조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리인, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인진면역바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립 되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1개월 이내에) 계약을 취소할 수 있습니다.

제8장 보험금 지급의 절차

제31조(주소변경통지)

- ① 계약자 또는 수익자(대인)을 위한 보험계약에 해당함)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제항에서 정한대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최초의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제32조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제33조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 수익자는 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제34조(보험금 등 청구서 구비서류)

수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 시고증서(진료비계산서, 사망진단서, 정혜진단서, 요원치료확인서, 의식차량전(차량조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정주기관발행 신분증, 본인인 아닌 경우에는 본인의 인감증명서를 포함합니다)
4. 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제35조(보험금의 지급)

- ① 회사는 제34조(보험금 등 청구서 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 33영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유, 지급예정일을 피보험자(보험대상자) 또는

수익자에게 통지하여 드립니다.

- ③ 회사는 제항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.
- ④ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자는 제28조(일일 의무 위반의 효과) 및 제29항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 사면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 상당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제36조(환급금의 지급)

- ① 회사는 계약자 및 수익자의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한날의 다음날부터 지급기일까지의 기간은 예정이율+1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ② 회사는 중도환급금 또는 만기환급금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 수익자에게 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ③ 회사가 제항의 규정에 의하여 계약자 또는 수익자에게 일린 경우의 중도환급금 또는 만기환급금과 해약환급금은 다음 각 호에서 정한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
 - 1. 만기환급금 및 해약환급금의 경우 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용합니다.
 - 2. 중도환급금의 경우 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 보험기간 만기일까지의 기간은 예정이율을 적용하고, 보험기간 만기일의 다음날부터 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용합니다.

제37조(보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생후에는 수익자는 회사의 사면방법에서 정한바에따라) 보험금의 전부또는일부에 대하여 분할지급 또는 일시금 지급방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 계약의 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제38조(계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업종)를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우

회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제22조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제22조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 등의 규정에 따릅니다.

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

제39조(보험 계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출이하 "보험계약대출"이라 합니다를 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제항에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지금과 상계할 수 있습니다.
- ③ 제항의 규정에도 불구하고 회사는 제28조(보험료의 납입연체시 납입최고독촉)와 계약의 해지에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출 원리금을상계합니다.
- ④ 회사는 수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제9장 분쟁조정 등

제40조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약을 체결할시, 계약당도를 포함합니다할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부분을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 기상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 청약서 부분을 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 청약서 부분을 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 보고, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화로 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부분을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제0호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 전항을 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제항 3문의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부분을 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 수익자가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ⑤ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 그 결과 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약의 피보험자(보험대상자)로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제41 조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제42 조(분쟁의 조정)

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

제43 조(관할법원)

이 계약에 관한 소송은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만 회사가 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제44 조(약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

제45 조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)

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

제46 조(회사의 손해배상책임)

회사는 계약과 관련하여 인직원 보험 설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여는 보험업법 등 관계 법률에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제47 조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제4항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제4항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제48조(예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제49조(준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

<붙임>

용어의 정의

용어	정 의
계약	보험계약
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자(보험대상자)	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(자체)이 되는 사람
수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
회사	보험회사
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과 의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(약사)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과 의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 약품 조제업무를 하는 장소를 말하며 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 보험대상자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 차재요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳에 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 치료료, 재료대, 캐스트료, 지장진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 미취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료, 처액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
차상조제	의사 및 약사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된

용어	정 의
차상조제	의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함 (국민건강보험법 제40조 제 4항 제3호에 의한 한국화귀약품센터에서의 차상조제 및 약학분야에의지역에서 약사의 직접조제 포함)
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 치료료, 재료대, 캐스트료, 지장진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 미취료, 수술재료비 등을 말함
차상조제비	방원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 차상조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 차상조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 여방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법 시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
보상대상 의료비	실제 부담액 - 보상제한금액
보상책임액	(실제 부담액 - 보상제한금액) × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험 각종 공제, 상해·질병·건강보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험 공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

무배당 ACE 우리아이행복 실손의료비 보장보험 102종 만기환급형 특별약관

상해후유장애보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라 합니다)로 신체(약수, 약족, 약안, 약치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해(이하 「손해」라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식을 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의, 그러나 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
 5. 피보험자(보험대상자)의 질병
 6. 피보험자(보험대상자)의 심신상실 또는 정신질환
 7. 피보험자(보험대상자)의 임신 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치, 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 8. 피보험자(보험대상자)의 사형
 9. 자진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 11. 핵연료 물질사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵연료 생성물을 포함합니다)의 방사성 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
 12. 위 제1호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해환급금을 계약자에게 지급합니다
 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다
- ③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 방벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 헬물라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기 시범, 흥행이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만 공동도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다)
 3. 선박승무원 여부, 사공 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조(후유장해보험금)

- ① 고도후유장해보험금
회사는 피보험자(보험대상자)가 재적보상하는 손해에서 정한 사고로 상해를 입고 그 손해가 치유된 후 직접결과로서 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는

- 그 기능이 영구히 상실(이하 '후유장해'라 합니다)되어 【별표1】의 각호에 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 '고도후유장해'라 합니다)가 남았을 경우에는 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
- ② 일반후유장해보험금
회사는 피보험자(보험대상자)가 재적보상하는 손해에서 정한 사고로 상해를 입고 그 손해가 치유된 후 직접 결과로서 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 【별표1】의 각호에 정한 지급률이 80% 미만에 해당하는 후유장해(이하 '일반후유장해'라 합니다)가 남았을 경우에는 보험가입금액에 【별표1】에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일로부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장해 지급률을 결정하되 【별표1】에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만 【별표1】의 각 장애별규율 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑥ 같은 사고로 27지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만 【별표1】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1】상의 27지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만 【별표1】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 기준된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.
1. 이 특별약관의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로

장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애

- 2 위 1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애 또는 후유장애보험금이 지급되지 않았던 후유장애

제4 조(다른 신체상태 또는 질병의 영향)

- ① 피보험자(보험대상자)가 제1조(보상하는 손해에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체상태 또는 질병의 영향으로 또는 제1조(보상하는 손해에서 정한 상해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 손해나 질병의 영향으로 제1조(보상하는 손해에서 정한 상해가 중하게 된 경우 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 금액을 결정하여 지급합니다.
- ② 정당한 이유없이 피보험자(보험대상자)가 치료를 게을리하거나 또는 계속하거나 수익자(보험금을 받는 자)가 치료를 하여 주지 않음으로 인하여 제1조(보상하는 손해에서 정한 상해가 중하게 된 경우에도 제1항과 같은 방법으로 합니다.

제5 조(보험금의 지급한도)

회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 후유장애보험금은 제3조(후유장애보험금에서 정한 고도후유장애보험금)를 한도로 합니다.

제6 조(특별약관의 소멸)

- ① 한 번의 사고에 대하여 회사가 제3조(후유장애보험금)에서 정한 일반후유장애 보험금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 특별약관의 보험가입금액은 감액되지 아니하며, 제3조(후유장애보험금)에서 정한 고도후유장애보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고, 피보험자(보험대상자)가 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제1항 제1호 내지 제3호에 정한 사유로 상해 사망했을 경우에는 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제2항에 따릅니다.

제7 조(준용 규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(당보종목), 제2조(당용어정의), 제3조(당보종목별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약), 제14 조(보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제14조(자동갱신 적용), 제14조(반기환급금의 지급), 제24조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

상해80%이상후유장애연금보장 특별약관

제1 조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라 합니다)로 신체에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로서 사고일부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 「후유장애」라

합니다)되어 【별표1】의 각호에 정한 장애분류표의 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장애(이하 「고도후유장애」라 합니다)가 남았을 경우에는 사고발생일로부터 10년간 매월 사고발생일에 이 특별약관의 보험가입금액을 상해80%이상후유장애연금으로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다. 단, 상해80% 이상후유장애연금의 지급은 120회로 한정합니다.

- ② 제1항의 금액은 수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 예정이율로 환인된 금액을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장애로 인정하고 해당 장애 지급율의 20%를 후유장애지급률로 하여 제1항을 적용합니다.
- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 사고일부터 180일이 지나도록 【별표1】의 각호에서 정한 후유장애지급률이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장애의 지급률로 결정합니다. 다만 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
- ⑥ 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애지급률을 더하여 지급합니다. 다만 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 다른 상해로 인하여 후유장애가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장애가 이미 후유장애보험금을 지급받은 동일 부위에 기준된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 후유장애보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장애보험금을 차감하여 지급합니다.
 - 1. 이 특별약관의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애로 장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애
 - 2. 위 1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애 또는 후유장애보험금이 지급되지 않았던 후유장애

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위 (다만, 형법상정당방위 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
 5. 피보험자(보험대상자)의 질병
 6. 피보험자(보험대상자)의 심신상실 또는 정신질환
 7. 피보험자(보험대상자)의 임신 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 8. 피보험자(보험대상자)의 사형
 9. 자진, 분화, 해질 또는 이와 비슷한 천재지변
 10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 11. 핵연료 물질 사용이 끝난 연료를 포함합니다. (이하 같습니다.) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
 12. 위 제1호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
- ③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 야간에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 봉벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 항공글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기 사범, 흥행이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만 공동도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다)
 3. 선박승무원 여부, 사공 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조(다른 신체상해 또는 질병의 영향)

- ① 피보험자(보험대상자)가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체상해 또는 질병의 영향으로 또는 제1조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 손해나 질병의 영향으로 제1조(보상하는 손해)에서 정한 손해가 중하게 된 경우 회사는 그 영향이 없었던

때에 상당하는 금액을 결정하여 지급합니다.

- ② 정당한 이유없이 피보험자(보험대상자)가 치료를 계속되거나 또는 계약이나 수익자(보험금을 받는 자)가 치료를 하여 주지 않음으로 인하여 제1조(보상하는 손해)에서 정한 손해가 중하게 된 경우에도 제1항과 같은 방법으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 한 번의 사고에 대하여 제1조(보상하는 손해)에서 정한 손해를 보상한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고, 피보험자(보험대상자)가 제1조(보상하지 아니하는 손해) 제1호 내지 제3호에 정한 사유로 상해 사망했을 경우에는 제1조(보상하지 아니하는 손해) 제2항에 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(납부종류), 제2조(용어정의), 제3조(담보종류별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 차 회 보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제14조(자동갱신 적용), 제15조(반기환급금의 지급), 제16조(다수보험의 처리) 및 제17조(연대책임)는 제외합니다.

상해입원일당(4일이상)보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라 합니다)로 신체(이수, 의족, 의관, 의치 등 신체보조장구)는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로서 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일로부터 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 일당액을 상해입원일당(4일이상)으로 지급하여 드립니다. 다만, 사고일로부터 180일 이내의 입원에 한합니다.
- ② 동일한 손해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 상해입원일당(4일이상)을 계속 보상 합니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 경우에는 회사는 상해입원일당(4일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 고의

2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(대간, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
5. 피보험자(보험대상자)의 질병
6. 피보험자(보험대상자)의 심신질병 또는 정신질환
7. 피보험자(보험대상자)의 임신 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
8. 피보험자(보험대상자)의 사형
9. 자진, 분화, 해질 또는 이와 비슷한 천재지변
10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
11. 학연료 물질사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이와 같습니다) 또는 학연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
12. 위 제11호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
 1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
- ③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 야간에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 봉벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 클라이머 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기 사범, 흥행이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만 공동도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다)
 3. 선박승무원 여부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ④ 회사는 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조 및 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전중 사고를 일으킨 때에는 보상하여 드리지 아니합니다.

제3 조(임원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「임원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 함)에 대하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서

치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 찬봉하는 것을 말한다

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(담보종목), 제2조(용어정의), 제3조(담보종목별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제3조(갱신보장계약 제 회 보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제14조(자동갱신 적용), 제12조(반기환급금의 지급), 제24조(다수보험의 차) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

질병입원일당(4일이상)보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함함)에 4일 이상 계속 입원하였을 경우 3일 초과 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 일당액을 질병입원일당으로 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항에 따라 보상하여 드립니다.
- ④ 제3항의 '청약일 이후 5년을 경과하는 동안'이라 함은 보통약관 제8조(보험료의 납입연체시 납입최고특약과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제1항의 보험계약 청약일로 하여 제1항 내지 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제1항의 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ⑦ 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 다만, 최종퇴원일로부터 180일 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
- ⑧ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제6항의 규정에 따라 질병입원일당을 계속 보상하여 드립니다.
- ⑨ 피보험자(보험대상자)가 장당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위
 2. 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 3. 피보험자(보험대상자)의 임신 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술 그러나 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 4. 상해
 5. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환약제의 복용 및 사용
 6. 자진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 7. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 8. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 9. 제8호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임수술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상문란 치료질환

제3 조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며 질병의 치료중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4 조(준용 규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제12조(당보종목), 제2조(용어정의), 제3조(당보종목별 보상내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제2조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해지), 제4조(자동갱신 적용), 제13조(반기환급금의 지급), 제24조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

골절(치아파절제외) 및 화상(진단비보장)특별약관

제1 조(보상하는 손해)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라 합니다)로 상해를 입고 그 직접결과로써 골절(치아파절은 제외합니다. 이하 같습니다.)이나 화상으로 진단 확정되었을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액(이하 「골절(치아파절제외) 및 화상(진단비)라 합니다)을 1사고마다 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리며, 피보험자(보험대상자)가 하나의 사고로 인하여 골절과 화상으로 진단 확정된 경우에는 그 각각에 대하여 보상하여 드립니다. 다만, 골절의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 보상하여 드리며, 화상의 경우 동일한 사고로 인하여 27회 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(골절의 정의)

이 특별약관에 있어서 「골절」이라 함은 「한국표준질병사인분류」에 의하여 【별표2】에서 정하는 「골절(치아파절제외)분류표」에 따릅니다.

제3조(화상의 정의)

이 특별약관에 있어서 「화상」이라 함은 「한국표준질병사인분류」에 의하여 【별표3】에서 정하는 「화상분류표」에 분류된 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고, 심재정 2도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.

제4조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
 5. 피보험자(보험대상자)의 질병
 6. 피보험자(보험대상자)의 심신상실 또는 청신질환
 7. 피보험자(보험대상자)의 임신 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술 그 밖의 의료처리 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 8. 피보험자(보험대상자)의 사형
 9. 자진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 11. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 12. 위 제1호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 제항 제호 나치 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
- ③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 방벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기 시범, 흥행이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생하는 손해는 보상하여 드립니다)
 3. 선박승무원 어부, 사공 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ④ 직간접원인을 묻지 않고 차아골절(파절)손해 또는 차아골절(파절)이 원인이 되어 발생한 손해는 보상하지 아니합니다. 다만, 동일사고로 골절(치아제외)이 차아골절(파절)과 동시에 발생한 경우는 제조(보상하는 손해에 따라 보상하여 드립니다).

제5 조(준용 규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제13조(담보종목), 제2조(용어정의), 제3조(담보종목별 보상내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제22조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제4조(자동갱신 적용), 제12조(반기환급금의 지급), 제24조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

골절화상수술비보장 특별약관

제1 조(보상하는 손해)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라 합니다)로 상해를 입고 그 직접결과로써 골절이나 화상을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액 전액(이하 「골절화상수술비」라 합니다)을 매수술시마다 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리며, 피보험자(보험대상자)가 하나의 사고로 인하여 골절과 화상으로 수술을 받은 경우에는 그 각각에 대하여 보상하여 드립니다. 다만 골절의 경우 하나의 사고로 두종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술비만을 지급하여 드리며 화상의 경우 하나의 사고로 두종류 이상의 화상 수술을 받은 경우에는 하나의 화상수술비만을 지급하여 드립니다.

제2조(골절의 정의)

이 특별약관에 있어서 「골절」이라 함은 「한국표준질병사인분류」에 의하여 【별표4】에서 정하는 「골절분류표」에 따릅니다.

제3조(화상의 정의)

이 특별약관에 있어서 「화상」이라 함은 「한국표준질병사인분류」에 의하여 【별표3】에서 정하는 「화상분류표」에 분류된 화상열상을 포함합니다에 해당되고, 심자정 2도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

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

제5조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의, 그러나 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위 (다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
 5. 피보험자(보험대상자)의 질병
 6. 피보험자(보험대상자)의 심신상실 또는 정신질환
 7. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술 그 밖의 의료자치 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 8. 피보험자(보험대상자)의 사형
 9. 자진, 분할, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 11. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
 12. 위 제11호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
 13. 위생관리, 미도를 위한 성형수술단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상하여 드립니다)
 14. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
- ② 회사는 제1항 제호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 않습니다.
- ③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 방벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 클라이머 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 항클라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기 시범, 흥행이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만 공동도로상에서 시운전을 하는 동안 발생하는 손해는 보상하여 드립니다)
 3. 선박승무원 어부, 사공 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(준용 규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(담보종목), 제2조(용어정의), 제3조(담보종목별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제2조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보증계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제4조(자동갱신 적용), 제2조(만기환급금의 지급), 제24조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)은 제외합니다.

자녀내배상책임보상 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 피보험자(보험대상자인 자녀가 보험기간중 다음에 열거하는 우연한 사고(이하 「사고」라 합니다)로 타인의 신체에 장애 또는 재물의 손해를 입함으로써 피보험자(보험대상자) 또는 만년 제755조에서 규정하는 피보험자(보험대상자의 법정감독 의무자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 「배상책임손해」라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 살고 있는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 「주택」이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리에 인한 우연한 사고
2. 피보험자(보험대상자)의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)에 기인하는 우연한 사고

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 계약자 또는 피보험자(보험대상자) 자녀, 범인인 경우에는 그 이사 또는 범인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관의 고의
 2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 4. 핵연료물질 (사용된 연료를 포함) 또는 핵연료물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물 포함)의 방사성 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 다음에 열거된 배상책임을 부담하게 됨으로써 입은 손해를 보상하여 드리지 않습니다.
1. 피보험자(보험대상자)와 동기하는 친족에 대한 배상책임
 2. 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이하는 별거의 친족에 대한 배상책임
 3. 피보험자(보험대상자)와 제3자에게 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 기중된 배상책임
 4. 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 재물에 대해서 그 재물에 대한 상당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임
 5. 피보험자(보험대상자)의 심신상실에 기인하는 배상책임
 6. 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
 7. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것 제외), 총기(공기총 제외)의 소유, 사용 또는 관리에 기인하는 배상책임
- ③ 회사는 제1항 제1호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

1. 계약자의 고의의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 않습니다.
2. 피보험자(보험대상자)의 고의의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제3조(타인을 위한 보험계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 보험계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상을 한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사의 보험금을 청구할 수 있습니다.

제4조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 아래와 같은 사항이 있으면 이 계약은 무효로 합니다.

1. 계약에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인의 사기행위가 있었을 경우
2. 계약을 맺을 때 보험목적에 이미 손해가 발생했거나 그 원인이 생긴 것을 알면서도 이를 회사에 알리지 아니하였을 경우

제5조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 이 경우 회사는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여

계약을 해지할 수 있습니다.

제6조(손해방지 의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
 1. 손해의 방지 또는 경감을 위한 일체의 방법을 강구하는 일
 2. 제2항으로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 절차를 취할 일
 3. 손해배상책임의 전부 또는 일부를 승인하고자 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일. 그러나 피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치는 그러하지 아니합니다.
 4. 손해배상책임에 관하여 피보험자(보험대상자)가 소송을 제기하려고 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 그 손해액을 아래에 따라 결정합니다.
 1. 제1항 제1호 및 제2호의 경우에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었다고 인정되는 부분을 뺍니다.
 2. 제1항 제3호의 경우에는 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분을 뺍니다.
 3. 제1항 제4호의 경우에는 소송비용 및 변호사비용과 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분을 보상하지 아니합니다.

제7조(지급 보험금)

- ① 회사가 사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
 1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급한 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
 2. 피보험자(보험대상자)가 손해방지의 방법을 강구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용. 그러나 피보험자(보험대상자)가 손해방지의 방법을 강구한 후에 배상책임이 없음이 판명된 때에는 그 방법을 강구함에 따른 비용중 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 위하여 지급한 비용과 지급에 관하여 미리 회사의 승인을 받은 비용만 보상하여 드립니다.
 3. 피보험자(보험대상자)가 권리의 보전 또는 행사의 절차를 밟는데 지급한 필요 또는 유익하였던 비용
 4. 피보험자(보험대상자)가 회사의 승인을 받아 지급한 소송비용, 변호사 보수, 중재, 회회 또는 조정에 관한 비용
 5. 증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
 6. 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사가 손해배상처리를 할 경우 피보험자(보험대상자)가 회사의 요구에 따르기 위하여 지급한 비용
- ② 제항의 손해에 대한 회사의 보상한도는 매회의 사고마다 아래와 같습니다.
 1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 1억원 (단, 자기부담금 20만원)
 2. 제1항 제2호 내지 제6호의 비용 : 피보험자(보험대상자)가 지급한 비용의 잔액. 그러나 제1항 제1호의 손해배상금이 보상한도액을 넘는 경우에는 제1항 제3호 및 제4호의 비용 중 소송비용의 인지도, 변호사비용 및 제5호의 비용은

보험가입증서보험증권에 기재된 보상한도액에 해당하는 금액에 대한 비양안 보상

제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자(보험대상자)에게 지급책임을 지는 금액한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자(보험대상자)가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로서 피해자에게 대항할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자(보험대상자)에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 필요한 서류·증거의 제출, 증인 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제9조(보험금의 분담)

- ① 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는, 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에는 회사의 제항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제10조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 피보험자(보험대상자)가 제7조에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 회사는 보험계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제11조(보험금 청구권의 상실)

아래와 같은 경우에는 피보험자(보험대상자)는 손해에 대한 보험금 청구권을 잃게 됩니다.

1. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 손해의 통지 또는 보험금청구에 관한 서류에

고의로 사실과 다른 것을 기재했거나 그 서류 또는 증거를 위조하거나 변조한 경우
 2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 상당한 이유없이 손해의
 조사를 방해 또는 회 피할 때에는 그 해당 손해

제12 조(계약후 알릴의무)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴
 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을
 받아야 합니다
 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와
 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며 위험이
 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월내에 보험료의 증액을 청구하거나
 계약을 해지할 수 있습니다.

제13 조(알릴의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인의 고의나 중대한 과실로
 보통약관 제26조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에
 해당되는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제2조(계약후 알릴 의무) 제항에서
 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 경우
 3. 상당한이유없이 손해조사를 거부 또는 회피할 경우
- ② 제항의 규정에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을
 해지할 수 없습니다
 1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 3. 보험을 모집한 자(이하 '보험설계사 등'이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자
 (보험대상자)의 계약전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자
 또는 피보험자(보험대상자)가 자필로 서명한 경우는 제외)
- ③ 제항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해약환급금을
 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ④ 제항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그
 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전
 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 면대증거가 있는 경우 이의를
 제기할 수 있습니다. 라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다. 또한 이
 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 손해가 제항 제1호 또는 제2호에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된
 때에는 제4항에 관계없이 보상하여 드립니다.

제14 조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이

그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다

- 1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및
 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
- 2. 제3호부터 손해배상청구를 보았을 경우
- 3. 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제항 제1호 및 제2호의
 통지를 게을리함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는
 보상하지 아니하며, 제항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 회사가
 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분은 보상하지 아니합니다

제15조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관
 제1조(범보종목), 제2조(용어정의), 제3조(범보종목별 보장내용), 제4조(보상하지 않는
 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 해지 보험료의 납입연체와
 계약의 해제), 제14조(자동갱신 적용), 제15조(만기환급금의 지급), 제24조(다수보험의
 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

식중독입원(4일이상)보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 음식물의 섭취로 인해 중독이하
 「식중독이라 합니다)이 발생하고 그 직접적인 결과로 병원 또는 의원(한방병원 또는
 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원기간에 따라 아래의
 금액(종료 지급되지 않습니다)을 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

입원기간	4~9일	10~19일	20일 이상
지급금액	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 200%	보험가입금액의 300%

② 제1항에서 식중독이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요증세로 하는
 급성질환으로서 【별표5】식중독분류표에 해당하는 질병을 말합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관
 제1조(범보종목), 제2조(용어정의), 제3조(범보종목별 보장내용), 제4조(보상하지 않는
 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 해지 보험료의 납입연체와
 계약의 해제), 제14조(자동갱신 적용), 제15조(만기환급금의 지급), 제24조(다수보험의
 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

질병80%이상후유장애연금보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 질병이 발생하고 그 질병이 치유된
 후 직접결과로써 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 「후유장애」라
 합니다)되어 장애분류표(【별표1】 참조, 이하 같습니다)에서 정한 지급률이

- 80%이상에 해당하는 후유장애가 남았을 경우에는 사고발생일로부터 10년간 매일 사고발생일에 이 특별약관의 보험가입금액을 질병80%이상후유장애연금으로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다. 단, 질병80%이상후유장애연금의 지급은 120회로 한정합니다.
- ② 제1항의 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.
 - ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항에 따라 보장하여 드립니다.
 - ④ 제3항의 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 이 항은 보통약관 제8조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
 - ⑤ 보통약관 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.
 - ⑥ 제1항의 금액은 수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 예정이율로 할인된 금액을 지급하여 드립니다.
 - ⑦ 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장애로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장애지급률로 하여 제1항을 적용합니다.
 - ⑧ 제1항의 질병80%이상후유장애연금 지급을 위한 후유장애지급률이 질병의 진단일이나 '사고일'이라 할지라도 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장애의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장애 지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
 - ⑨ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 후유장애지급률을 결정합니다.
 - ⑩ 동일한 질병으로 2가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
 - ⑪ 제1항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표 상의 27가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조(특별약관의 소명)

- ① 한 번의 사고에 대하여 제1조(보상하는 손해)에서 정한 질병80%이상후유장애연금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

- ② 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 피보험자(보험대상자), 수익자(보험금을 받는 자) 및 계약자의 고의에 의해 사망했을 경우에는 다음의 각 호의 규정을 따릅니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 고의에 의한 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의에 의한 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리며 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 계약자의 고의에 의한 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(담보종류), 제2조(용어정의), 제3조(담보종류별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 채회 보험료의 납입연체와 계약의 해지), 제14조(자동갱신 적용), 제15조(반기환급금의 지급), 제16조(다수보험의 차) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

임진단지급보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중 일반암 기타피부암 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 확정되었을 경우에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 일반암 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 일반암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 일반암 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 일반암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항에 따라 보장하여 드립니다.
- ④ 제3항의 '청약일 이후 5년을 경과하는 동안'이라 함은 보통약관 제8조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.

제2조(암, 일반암 기타피부암 및 갑상샘암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표6】 「악성신생물(암)」 분류표, 참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(암)으로 변하기 이전 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」중에서 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C14(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 「갑상샘암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」중에서 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에 있어서 「일반암」이라 함은 「암」에서 「기타피부암 및 갑상샘암」을 제외한 암을 말합니다.
- ⑤ 「암, 「일반암, 「기타피부암」 또는 「갑상샘암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부합자(보험대상자)가 「암, 「일반암, 「기타피부암」 또는 「갑상샘암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(상피내암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「상피내암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표7】 「상피내의 신생물」 분류표, 참조)을 말합니다.
- ② 「상피내암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부합자(보험대상자)가 「상피내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류 되는 질병(【별표8】 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물」 분류표, 참조)을 말합니다.
- ② 「경계성종양」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부합자(보험대상자)가 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(암진단자금)

- ① 회사는 피부합자(보험대상자)가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 일반암 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 및 경계성종양의 진단이 확정된 때에는 아래의 금액을 각각 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 10,000만원 기준)

구 분		암진단자금	
		1년미만	1년이상
암	일반암 진단시	500만원	1,000만원
	기타피부암 진단시	50만원	100만원
	갑상샘암 진단시	50만원	100만원
상피내암 진단시		50만원	100만원
경계성종양 진단시		50만원	100만원

- ② 제1항에도 불구하고 일반암 진단확정후 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양으로 진단확정되었을 경우에는 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양에 대한 진단자금을 지급하지 아니합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제5조(암진단자금)에서 정한 암진단자금(기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양 진단시)을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 피부합자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항의 규정에도 불구하고 피부합자(보험대상자)가 피부합자(보험대상자), 수익자(보험금을 받는 자) 및 계약자의 고의에 의해 사망했을 경우에는 다음의 각 호의 규정을 따릅니다.
 1. 피부합자(보험대상자)의 고의에 의한 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의에 의한 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리며 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 계약자의 고의에 의한 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제20(담보종목), 제22(적용어정), 제32(담보종목별 보장내용), 제42(보상하지 않는 사항), 제12(계약의 자동갱신), 제13(갱신보장계약 제 회 보험료의 납입연차와 계약의 해제), 제14(자동갱신 적용), 제12(반기환급금의 지급), 제24(적다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

조혈모세포이식수술비보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 “조혈모세포이식수술”을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액이하「조혈모세포이식수술비」라 합니다)을 1회에 한하여 조혈모세포이식수술비로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
- ② 이 특별약관의 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순간강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제 항에 따라 보장하여 드립니다.
- ④ 제4항의 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 이라 함은 보통약관 제8조보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제9조보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제항의 보험계약 청약일로 하여 제항 내지 제4항을 적용합니다
- ⑥ 제 항에서 “조혈모세포이식”이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 근본적으로 치료 할 목적으로 정상적인 조혈모세포(hematopoietic stem cell)를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실에서 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(동수, 말초조혈모세포이식 자가(골수, 말초조혈모세포이식 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 다만 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다
1. 「동정(allogenic)골수조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수나 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. 「동정(allogenic)말초조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. 「자가(autologous)골수조혈모세포이식」이라 함은 피보험자(보험대상자)의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. 「자가(autologous)말초조혈모세포이식」이라 함은 피보험자(보험대상자)의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. 「제대 혈조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 자격을

가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 주사기 등으로 뽑아 들어는 것, 천자(穿刺), 비늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 채혈·조작을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 회사는 제1조(조혈모세포이식수술비)에서 정한 조혈모세포이식수술비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며 해약환급금을 지급하지 아니합니다
- ② 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다
- ③ 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 피보험자(보험대상자), 수익자(보험금을 받는 자) 및 계약자의 고의에 의해 사망했을 경우에는 다음의 각 호의 규정을 따릅니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 고의에 의한 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의에 의한 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자가) 보험금의 일부수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리며 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 계약자의 고의에 의한 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제조(담보종목), 제2조(용어정의), 제3조(담보종목별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 제 회 보험료의 납입연체와 계약의 해지), 제14조(자동갱신 적용), 제15조(만기원급금의 지급), 제16조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다

부양자상해사망우유장애보장 특별약관

제1조(피보험자(보험대상자)의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자(보험대상자)는 보통약관에서 정한 피보험자(보험대상자)의 부양자로서 보험증권(보험가입증서)에 기재된 자를 말합니다.

제2조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한

외래의 사고(이하 「사고」라 합니다)로 신체(약수, 약족, 약안, 약치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해(이하 「손해」라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 제4항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 않습니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 - 1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 - 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의 그러나 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다
 - 3. 계약자의 고의
 - 4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
 - 5. 피보험자(보험대상자)의 질병
 - 6. 피보험자(보험대상자)의 심신상실 또는 정신질환
 - 7. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치, 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 - 8. 피보험자(보험대상자)의 사형
 - 9. 자진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 - 10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 - 11. 핵연료 물질 사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 - 12. 위 제11호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

- 1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
- 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다
- 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다

③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

- 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 클라이머 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
- 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기 시범, 흥행이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만 공동도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다)

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

제4조(사망보험금)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 제2조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 2년 이내에 사망한 경우에는 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자(보험대상자)의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자(보험대상자)가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자(보험대상자)의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 환수합니다.

제5조(후유장애보험금)

- ① 고도후유장애보험금

회사는 피보험자(보험대상자)가 제2조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 손해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 「후유장애」라 합니다)되어 【별표】의 각호에 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장애(이하 「고도후유장애」라 합니다)가 남았을 경우에는 보험가입금액 전액을 고도후유장애보험금으로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
- ② 일반후유장애보험금

회사는 피보험자(보험대상자)가 제2조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 손해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 【별표】의 각호에 정한 지급률이 80%미만에 해당하는 후유장애(이하 「일반후유장애」라 합니다)가 남았을 경우에는 보험가입금액에 【별표】에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 일반후유장애 보험금으로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장애로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장애지급률로 하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 후유장애보험금 지급을 위한 후유장애지급률이 사고일로부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장애의 지급률로 결정합니다. 다만 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장애 지급률을 결정하되 【별표】에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 【별표】에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만 【별표】의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑥ 같은 사고로 27회 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 더하여

지급합니다. 다만, 【별표】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표】상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 다른 상해로 인하여 후유장애가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장애가 이미 후유장애보험금을 지급받은 동일 부위에 기증된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 후유장애보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애가 있었던 피보험자(보험대상자)(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장애보험금을 차감하여 지급합니다.
 1. 이 특별약관의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애로 장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애
 2. 위 1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애 또는 후유장애보험금이 지급되지 않았던 후유장애

제6조(다른 신체상해 또는 질병의 영향)

- ① 피보험자(보험대상자)가 제2조보상하는 손해에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체상해 또는 질병의 영향으로 또는 제2조(보상하는 손해에서 정한 상해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 상해나 질병의 영향으로 제2조보상하는 손해에서 정한 손해가 중하게 된 경우 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 금액을 결정하여 지급합니다.
- ② 상당한 이유없이 피보험자(보험대상자)가 치료를 게을리하거나 또는 계약이나 수익자(보험금을 받는 자)가 치료를 하여 주지 않음으로 인하여 제2조보상하는 손해에서 정한 손해가 중하게 된 경우에도 제 항과 같은 방법으로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 한 번의 사고에 대하여 회사가 제5조후유장애보험금에서 정한 일반후유장애 보험금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 특별약관의 보험가입금액은 감액되지 아니하며, 제4조(사망보험금)에서 정한 사망보험금 또는 제5조(후유장애보험금)에서 정한 고도후유장애보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니한다.
- ② 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 제3조보상하지 아니하는 손해

제항 제호 내지 제3호에 정한 사유로 사망했을 경우에는 제3조보상하지 아니하는 손해) 제2항에 따릅니다.

제8조(보험금의 지급 한도)

- ① 회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 후유장애보험금은 제5조(후유장애보험금에서 정한 고도후유장애보험금)을 한도로 합니다.
- ② 회사는 하나의 사고로 제4조(사망보험금) 및 제5조(후유장애보험금)에서 정한 사망보험금과 일반후유장애보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다. 그러나 고도후유장애보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금은 추가로 지급하여 드리지 아니합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(업무종류), 제2조(용어정의), 제3조(담보종류별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 체 회 보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제14조(자동갱신 적용), 제15조(반기환급금의 지급), 제16조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

의료사고법률비용보상 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 의료법 제3조에 정한 의료기관(병원 또는 의원 등 한방병원 또는 한의원)을 포함한다(이하 같습니)에서 의사의 진단에 따른 치료중 또는 그 치료의 직접결과로 피보험자(보험대상자)에게 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1회당 2백만원의 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고 법률비용으로 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 의료법 제3조에 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료후 그 치료의 직접결과로써 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보상하여 드립니다.
- ③ 제2항의 「의료사고」라 함은 의료행위로 인하여 발생한 예상외의 원하지 않는 결과를 초래하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포함합니다. 그러나 의료법 제3조에 정한 의료기관에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해는 의료사고로 보지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다
1. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
 2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
 3. 보험계약자나 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 피보험자(보험대상자)의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관

제1조(담보종목), 제2조(용어정의), 제3조(담보종목별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제4조(자동갱신 적용), 제12조(만기환급금의 지급), 제24조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다

자녀7대입진단자금보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 자녀7대암으로 진단 확정되었을 경우에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 자녀7대암의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 자녀7대암으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 자녀7대암이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 자녀7대암으로 인하여 추가적인 진단(단순간강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항에 따라 보장하여 드립니다.
- ④ 제3항의 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 이 약 함은 보통약관 제8조(보험료의 납입연체시 납입최고(독축)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활 효력 회복)에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다

제2조(자녀7대암의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에 있어서 "자녀7대암"이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "자녀7대암"로 분류되는 뼈 및 관절연골 뇌 및 중추신경계 림프 및 조혈관련조직 부신 남자인 경우 간 교환 여자인 경우 산질 난소 부위에 발생한 암 **【별표】** 자녀7대암 분류표 참조를 말합니다. "자녀7대암"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증 을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 "자녀7대암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야합니다.

제3조(자녀7대암진단자금)

회사는 피보험자(보험대상자)가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 자녀7대암으로 진단이 확정된 때에는 아래의 금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 1,000만원 기준)

구 분	자녀7대암진단자금	
	1년미만	1년이상
자녀재입진단시	500만원	1,000만원

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(자녀7대암진단자금)에서 정한 자녀7대암진단자금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 피보험자(보험대상자), 수익자(보험금을 받는 자) 및 계약자의 고의에 의해 사망했을 경우에는 다음의 각 호의 규정을 따릅니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 고의에 의한 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의에 의한 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리며 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 계약자의 고의에 의한 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(담보종목), 제2조(용어정의), 제3조(담보종목별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제14조(자동갱신 적용), 제12조(만기환급금의 지급), 제24조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

암입원일당보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 일반암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 경우 이 특별약관에 따라 암입원일당을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 일반암 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 일반암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 일반암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 일반암, 기타피부암, 갑상샘암 상피내암 또는 경계성종양으로 인하여 추가적인 진단(단순간강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항에 따라 보장하여 드립니다.
- ④ 제3항의 '청약일 이후 5년을 경과하는 동안' 이라 함은 보통약관 제8조(보험료의 납입연체시 납입최고(독축)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ⑤ 보통약관 제9조(보혐료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활 효력 회복)에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제 항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ⑦ 일반암 기타피부암 갑상샘암, 성피내암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 다만, 최초 퇴원일부터 180일 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
- ⑧ 제 항의 경우 피부암(보험대상자가 일반암 기타피부암, 갑상샘암, 성피내암 또는 경계성종양에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.
- ⑨ 피부암(보험대상자가) 상당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제2조(암, 일반암 기타피부암 및 갑상샘암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표6】「악성신생물(암) 분류표」 참조를 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」중에서 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 「갑상샘암」이라 함은 제 항에서 정한 「암」중에서 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에 있어서 「일반암」이라 함은 「암」에서 「기타피부암」 및 「갑상샘암」을 제외한 암을 말합니다.
- ⑤ 「암, 「일반암, 「기타피부암」 또는 「갑상샘암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부암(보험대상자가 「암, 「일반암, 「기타피부암」 또는 「갑상샘암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(성피내암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「성피내암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병【별표7】「상피내의 신생물 분류표」 참조를 말합니다.
- ② 「성피내암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부암(보험대상자가 「성피내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한

문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류 되는 질병【별표8】「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」 참조를 말합니다.
- ② 「경계성종양」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부암(보험대상자가 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어 「입원」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 지적을 가진 자(이하 「의사」라 함)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(암입원일당)

회사는 피부암(보험대상자가) 제2조(보상하는 손해에서 정한 일반암, 기타피부암, 갑상샘암, 성피내암 및 경계성종양으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 경우 3일 초과 1일당 아래의 금액을 암입원일당으로 지급하여 드립니다.

(보합가입금액 10,000만원 기준)

구분		암입원일당
암	일반암 입원시	5만원
	기타피부암 입원시	5천원
	갑상샘암 입원시	5천원
성피내암 입원시		5천원
경계성종양 입원시		5천원

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(담보종류), 제2조(용어정의), 제3조(담보종류별 보장내용), 제4조(보상하지 않는

사항, 제2조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해지), 제4조(자동갱신 적용), 제2조(만기환급금의 지급), 제24조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

항암방사선·약물치료비보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 기타피부암이외의 암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 방사선치료 또는 약물치료를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 항암방사선·약물치료비로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
- ② 제1항의 기타피부암이외의 암의 경우 보험계약 체결일로부터 과거 5년 이내에 기타피부암이외의 암으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 체결일 이전에 진단된 기타피부암이외의 암이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 기타피부암이외의 암으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 체결일로부터 5년이 경과한 이후에는 제2항에 따라 보장하여 드립니다.
- ④ 제3항의 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 '암'이란 함은 보통약관 제8조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 체결일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.

제2조(기타피부암이외의 암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표6】「악성신생물(암) 분류표」 참조를 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」중에서 악성신생물(암분류표의 분류번호 C44.기타 피부의 악성신생물(암)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 「기타피부암이외의 암」이라 함은 「암」에서 「기타피부암」을 제외한 암을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암이외의 암」 또는 「기타피부암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 형액(remic system)검사에 대한 현미경조건을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 「암」, 「기타피부암이외의 암」 또는 「기타피부암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(방사선치료 및 약물치료의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자(보험대상자)의 악성신생물(암)의 치료를 직접적인 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자(보험대상자)의 악성신생물(암)의 치료를 직접적인 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 항암방사선·약물치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 피보험자(보험대상자), 수익자(보험금을 받는 자) 및 계약자의 고의에 의해 사망했을 경우에는 다음의 각호의 규정을 따릅니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 고의에 의한 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의에 의한 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리며 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 계약자의 고의에 의한 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(납보종류), 제2조(용어정의), 제3조(납보종류별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해지), 제14조(자동갱신 적용), 제2조(만기환급금의 지급), 제24조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

중대한 화상 및 부식보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 급격하고도 우연한 외배의 사고(이하 「사고」라 함)에 의해 신체(약수, 약족, 약안, 약귀 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로서 중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 중대한 화상 및 부식 진단비로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
- ② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중증증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과

상승적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.

- ③ 이 특별약관에 있어 "중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)"이라 함은 '9의 법칙(Rule of 9s)' 또는 「룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식을 입은 경우를 말합니다. 다만 '9의 법칙' 또는 「룬드와 브라우더 신체 표면적 차트' 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 이용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.
- ④ 중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)"의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치료의사는 제외함)나 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 - 1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 - 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
 - 3. 계약자의 고의
 - 4. 피보험자(보험대상자)의 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
 - 5. 피보험자(보험대상자)의 질병
 - 6. 피보험자(보험대상자)의 심신상실 또는 정신질환
 - 7. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 - 8. 피보험자(보험대상자)의 사형
 - 9. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 - 10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 - 11. 핵연료 물질 사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵연료 생성물을 포함합니다)의 방사성 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 - 12. 위 제1호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

- ② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
 - 1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 - 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 - 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

- ③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
 - 1. 전문운동(전문적인 등산유구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
 - 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기 시범 흥행이를 위한 연습을 포함합니다. 또는 시운전(다만 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다.)
 - 3. 선박승무원 여부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제2조(보상하는 손해)에서 정한 중대한 화상 및 부식 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 비에 따라 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제1항 제 2호 내지 제3호에 정한 사유로 사망했을 경우에는 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제2항에 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(납보종목), 제2조(용어정의), 제3조(납보종목별 보상내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 체 회 보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제14조(자동갱신 적용), 제15조(만기환급금의 지급), 제16조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

중대상해수술비보장특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 급격하고도 우연한 외래의 사고로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일로부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 '개두(開頭)수술', '개흉(開胸)수술' 또는 '개복(開腹)수술'을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 중대상해수술비로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 동일한 사고로 인하여 중대상해수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한가지 사유에 의한 중대상해수술비만을 지급합니다.
- ② 제1항에서 "뇌손상"이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌 손상(【별표10】 중대한 특성상해 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.
- ③ 제1항에서 "내장손상"이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐,

위, 장, 간장 췌장 비장 신장 방광의 기관에 기질적 손상(별표10)중대한 특장상해 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.

- ④ 제항에서 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」, 「개복(開腹)수술」이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」, 「개복(開腹)수술」로 보지 아니합니다.
1. 「개두(開頭)수술」이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
 2. 「개흉(開胸)수술」이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡격막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 기할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(꼭창뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
 3. 「개복(開腹)수술」이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위 십이지장 소장 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 기할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경도도적조작에 의한 것은 해당되지 아니합니다.
- ⑤ 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료야 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서야 치료야 곤란하여 의료법 제32조(의료기관) 제2항에 정한 국외의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아 들이는 것, 천자(穿刺), 비늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 빨아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행(타인, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
 5. 피보험자(보험대상자)의 질병
 6. 피보험자(보험대상자)의 심신상실 또는 정신질환
 7. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 8. 피보험자(보험대상자)의 사형
 9. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 11. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵연료 생성물을 포함합니다)의 방사성 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
 12. 위 제1호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 제항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
1. 제항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 제항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
- ③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 전문운반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기 시범 흥행(이)을 위한 연습을 포함합니다. 또는 시운전(다만 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다.)
 3. 선박승원 여부, 시공 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보상하는 손해)에서 정한 중대상해수술비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제1호 내지 제3호의 사유로 사망했을 경우에는 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(담보종류), 제2조(용어정의), 제3조(담보종류별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 제 회 보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제14조(자동갱신 적용), 제15조(반기환급금의 지급), 제16조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

5대장기이식수술비보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함한다)등에서 장기수해자로서 5대장기 이식수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 5대장기 이식수술비로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
- ② 제1항의 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순간강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항에 따라 보상하여 드립니다.
- ④ 제1항의 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 이항 합은 보통약관 제8조보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제9조보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제1항의 「5대장기」라 함은 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장을 말하며, 「5대장기이식수술」이라 함은 「장기등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자(보험대상자))에게 이식하는 수술을 말합니다. 다만, 링게르한스 소도세포 이식수술은 5대장기이식수술로 보지 않습니다.
- ⑦ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 삼상적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

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

제3조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의 그러나 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의

일부 수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

3. 계약자의 고의
 4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
 5. 피보험자(보험대상자)의 심신상실 또는 정신질환
 6. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 유산 또는 외과적 수술 그 밖의 의욕치 그러나 회사가 부담하는 상해 또는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 7. 피보험자(보험대상자)의 사형
 8. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 9. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 10. 핵연료물질사용이 끝난 연료를 포함합니다(이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(인자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 11. 제10호 이외의 방사선 쬐는것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 제1항 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
1. 제1항제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제1항제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
- ③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 전문문관(전문적인 등산응구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 항글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기 시범 흥행(이)를 위한 연습을 포함합니다 또는 시운전(다만 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다.)
 3. 선박승무원 여부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 5대장기이식수술비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.

- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제1항 제3호에 정한 사유로 사망했을 경우에는 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정에 따릅니다.

제5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(담보종목), 제2조(용어정의), 제3조(담보종목별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제4조(자동갱신 적용), 제1조(만기환급금의 지급), 제2조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

양성뇌종양진단자금보장 특별약관

제1 조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중 양성뇌종양으로 확정되었을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 양성뇌종양진단자금으로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
- ② 제1항의 양성뇌종양의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 양성뇌종양으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 양성뇌종양이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 양성뇌종양으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항에 따라 보장하여 드립니다.
- ④ 제3항의 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 이 환은 보통약관 제8조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활 효력 회복)에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.

제2조(양성 뇌종양의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에 있어 "양성뇌종양"이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성 뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.
- ② 제1항의 "양성뇌종양"은 신경과적 절차가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해 될 수 있는 경우)를 말합니다.
- ③ 뇌종, 유아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 보장에서 제외합니다.
- ④ 양성뇌종양의 진단확정은 신경과적 의사 또는 신경외과의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화 단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제2조(보상하는 손해)에서 정한 양성뇌종양진단자금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 피보험자(보험대상자), 수익자(보험금을 받는 자) 및 계약자의 고의에 의해 사망했을 경우에는 다음의 각 호의 규정을 따릅니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 고의에 의한 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의에 의한 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리며 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 계약자의 고의에 의한 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(담보종목), 제2조(용어정의), 제3조(담보종목별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제14조(자동갱신 적용), 제1조(만기환급금의 지급), 제2조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

학원특위료금보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중 일상생활중에 제3자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 학원특위료금으로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다. 다만, 관할경찰서의 폭력사고 확인서를 제출하여야 합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의 그러나 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는

폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)

5. 피보험자(보험대상자)의 질병
6. 피보험자(보험대상자)의 심신상실 또는 정신질환
7. 피보험자(보험대상자)의 임신 출산(제왕절개 포함, 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
8. 피보험자(보험대상자)의 사형
9. 자진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
11. 핵연료 물질사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이와 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
12. 위 제1호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
13. 피보험자(보험대상자)의 친족에 의한 사고
14. 피보험자(보험대상자)가 폭력행위등처벌에관한법을 제4조의 적용을 받는 단체의 가입원으로서 그 단체의 활동중에 발생한 사고

② 회사는 제1항 제호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 방벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기 시범, 흥행이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다)
3. 선박승무원 여부, 사공 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3 조(준용 규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(담보종류), 제2 조(용어정의), 제3조(담보종류별 보장내용), 제4 조(보상하지 않는 사항), 제2조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제4조(자동갱신 적용), 제12조(만기환급금의 지급), 제24조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다

유괴·납치·인질위로금보장특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중 타인에 의해 유괴 납치 불법감금 등으로 억류상태에 놓이게 되어 관할 행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 경과한 시점까지 구출 또는 억류해제되지 않은 경우, 사고발생 사실을 관할행정기관에 신고한 시점부터 피보험자(보험대상자)가 구출 또는 억류 해제되거나 사망사실이 확인된 시점까지 90일을 한도로 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 유괴납치위로금으로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
- ② 제1항의 억류상태와 합은 아래에 열거한 경우를 말합니다.
 1. 신체적으로 직접 구속하여 정소적으로 일정한 구획 밖으로 내가지 못하게 하는 것을 말합니다.
 2. 기방 또는 유혹의 수단이나 폭행 또는 협박을 수단으로 하여 현재 보호되고 있는 상태에서 벗어나게 하여 자기 또는 제3자의 재배에 맡겨두는 것을 말합니다.
 3. 제 호의 사고발생에 대해서는 관할 행정기관에 신고·접수한 시점에서 1년 이내에 관할 행정기관에 의해 유괴, 납치, 불법감금으로 인정되어야 사고로 인정합니다. 다만, 단순한 기류이나 실종으로 행방이 불명한 경우에는 보상하지 아니합니다

제2조(준용 규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(담보종류), 제2조(용어정의), 제3조(담보종류별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 제회 보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제14조(자동갱신 적용), 제12조(만기환급금의 지급), 제24조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

충수염(맹장염)수술비보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중 충수염(맹장염)으로 진단화되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 충수염(맹장염)수술비로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 충수염의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 충수염으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 충수염이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 충수염으로 인하여 추가적인 진단 (단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항에 따라 보장하여 드립니다.
- ④ 제3항의 '청약일 이후 5년을 경과하는 동안'이라 함은 보통약관 제8조(보험료의 납입연체시 납입최고독촉과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지

제4항을 적용합니다.

제2조(중수업(명장업)의 정의 및 진단확정)

이 특별약관의 「중수업(명장업)」이라 함은 제5차 한국표준질병 사인분류에 있어서 「중수업(명장업)」으로 분류되는 질병(표본1) 중수업(명장업) 분류표 참조를 말합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

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

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조보상하는 손해에서 정한 중수업(명장업)수술비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약현금금을 지급하지 아니합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제4항의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 피보험자(보험대상자), 수익자(보험금을 받는 자) 및 계약자의 고의에 의해 사망했을 경우에는 다음의 각 호의 규정을 따릅니다.
 - 1. 피보험자(보험대상자)의 고의에 의한 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 - 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의에 의한 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리며 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약현금금을 계약자에게 지급합니다.
 - 3. 계약자의 고의에 의한 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(담보종목), 제2조(용어정의), 제3조(담보종목별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제2조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제4조(자동갱신 적용), 제13조(반기형급금의 지급), 제24조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

흉터복원수술비보상특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중 급격하고 우연한 외래의 사고로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원)을 포함합니다등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 인면부, 상지, 하지에 외형상의 변형이나 추상장해, 신체외 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(다만 사고발생시점 만 15세 미만자의 경우 부득이 사고일로부터 2년경과 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단을 대체할 수 있습니다)을 받은 경우 아래에 정한 금액을 흉터복원수술비로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

구분	인면부	상지·하지
지급액	수술 1cm당 14만원	수술 1cm당 7만원 (단 3cm0상의 경우에 한함)

- 주)간이증상이 불거진 피부외식수술등의 경우 수술cm는 최장직경으로 합니다.
- ② 제1항에서 정한 흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급하여 드립니다. 다만 동일부위에 대한 성형수술을 2회이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대하여 지급합니다.
- ③ 제1항에서 정한 인면부, 상지, 하지만 다음을 말합니다.
 - 1. 인면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
 - 2. 상지란 견관절 이하의 팔부위를 말합니다.
 - 3. 하지만 고관절 이하 대퇴부, 허벅지, 족부를 의미하며, 둔부, 사체부, 복부 등은 제외합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 - 1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 - 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의 그러나 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
 - 3. 계약자의 고의
 - 4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
 - 5. 피보험자(보험대상자)의 질병
 - 6. 피보험자(보험대상자)의 심신상실 또는 정신질환
 - 7. 피보험자(보험대상자)의 임신 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술 그 밖의 의료처치 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 - 8. 피보험자(보험대상자)의 사형
 - 9. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 - 10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 - 11. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료)을 포함합니다(이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에

와하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고

12. 위 제11호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 방벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기 시범, 흥행이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생하는 손해는 보상하여 드립니다)
3. 선박승무원 여부, 사공 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상선박에 탑승하고 있는 동안

제3 조(수술의 정의와 장소)

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

제4 조(준용 규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제12조(담보종목), 제2조(용어정의), 제3조(담보종목별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제4조(자동갱신 적용), 제2조(반기형급금의 지급), 제24조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다

김스치료비보장특별약관

제1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중 상해 또는 질병으로 인하여

김스(Cast) 치료를 받은 경우 매사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 김스치료비로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 김스치료를 2회이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 김스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 김스치료비를 지급합니다

- ② 제1항의 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항에 따라 보상하여 드립니다.
- ④ 제3항의 '청약일 이후 5년을 경과하는 동안'이라 함은 보통약관 제8조(보험료의 납입연체시 납입최고특약) 계약의 해지에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제9조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(회력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식을 중독과 성상적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.

제2조(김스(Cast) 치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 「김스(Cast) 치료」라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 김은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 부목(Splint cast) 치료는 제외합니다. 「부목(Splint cast) 치료」란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다
 1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의, 그러나 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
 5. 피보험자(보험대상자)의 심신상실 또는 정신질환
 6. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치 그러나 회사가 부담하는 상해 또는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.

7. 피보험자(보험대상자)의 사망
 8. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 9. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 10. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다)이 하 같습니다 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
 11. 위 제10호의외 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다
 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다
 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다
- ③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 방벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(단, 공공도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다)
 3. 선박승무원 여부, 사공 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4 조(준용 규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(담보종목), 제2조(용어정의), 제3조(담보종목별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제14조(동갱신 적용), 제15조(만기환급금의 지급), 제24조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다

특정전염병위로금보장 특별약관

제1 조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 전염병예방법 제2조에서 규정하고 있는 법정전염병 중에서 특정전염병 분류표【별표2】 특정전염병 분류표 참조)에서 정한 전염병에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 특정전염병위로금으로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
- ② 제1항에서 「진단」이라 함은 전염병의 병원체가 인체 내에 침입하여 증상을 나타내는 자가 전염병예방법 제4조 제2항의 진단기준에 의한 의사의 진단 또는 보건복지부령이 정하는 기관의 실험실 검사를 통하여 확인이 된 것을 말합니다.

제2조(준용 규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(담보종목), 제2조(용어정의), 제3조(담보종목별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제14조(동갱신 적용), 제15조(만기환급금의 지급), 제24조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

시정각질환수술비보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 시정각질환으로 진단확정되고 그 시정각질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 시정각질환수술비로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 시정각질환의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 시정각질환으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 시정각질환이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 시정각질환으로 인하여 추가적인 진단(단순간강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항에 따라 보장하여 드립니다.
- ④ 제3항의 「청약일 이후 5년을 경과하는 동안」이라 함은 보통약관 제8조(보험료의 납입연체시 납입최고특약)와 계약의 해지에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제19조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제1항의 시정각질환이라 함은 【별표13】시정각질환분류표에 정한 질병을 말합니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

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

제3조(준용 규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(담보종목), 제2조(용어정의), 제3조(담보종목별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와

계약의 해제), 제4적자등갱신 적용), 제2조조만기환급금의 지급), 제24적다수보험의 처리) 및 제25적연대책임)는 제외합니다

피부질환수술비보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 피부질환으로 진단확정되고 그 피부질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 회당 이 특별약관의 보험가입금액을 피부질환수술비로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 피부질환의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 피부질환으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외 합니다
- ③ 제3항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 피부질환이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 피부질환으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항에 따라 보상하여 드립니다.
- ④ 제3항의 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 이항 합의 보통약관 제8적보험료의 납입연체시 납입최고(독축)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제9적보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제1항 내지 제4항을 적용합니다
- ⑥ 제1항의 피부질환이라 함은 【별표14】피부질환 분류표에 정한 질병을 말합니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과원의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료에 필요하다고 인정할 경우로서 자택 등에서야 치료에 곤란하여 의료법 제3적(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아 들어오는 것, 천자(穿刺), 비늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 빨아내거나 약물을 주입하는 것 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다

제3적준용규정

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1적(담보종목), 제2적(용어정의), 제3적(담보종목별 보장내용), 제4적(보상하지 않는 사항), 제2적(계약의 자동갱신), 제1적(갱신보장계약) 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제), 제4적(자등갱신 적용), 제2적(조만기환급금의 지급), 제24적(다수보험의 처리) 및 제25적(연대책임)은 제외합니다

대중교통이용중 교통상해 후유장애보장 특별약관

제1적(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중 대중교통 이용중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「대중교통이용중 사고」라 합니다)로 신체(인수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해(이하 「손해」라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 대중교통이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 다음의 교통수단을 말합니다.
 1. 여객수송용 항공기
 2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
 3. 여객자동차운수사업법시행령 제3적의 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
 4. 여객자동차운수사업법시행령 제3적의 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
- ③ 제1항의 대중교통이용중 사고라 함은 다음의 각 호와 같습니다.
 1. 운행중 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승중 교통사고
 2. 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승목적으로 승하차 하던 중 교통사고
 3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자(보험대상자)가 승강장내 대기중 교통사고

제2적(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다
 1. 피보험자(보험대상자의 고의
 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의, 그러나 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
 5. 피보험자(보험대상자)의 질병
 6. 피보험자(보험대상자)의 심신상실 또는 정신질환
 7. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치, 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 8. 피보험자(보험대상자)의 사형
 9. 자진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 상태
 11. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다) 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 12. 위 제1호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 제1항 제호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
- ③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 방벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기 시범, 흥행이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다)
3. 선박승무원 어부, 사공 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

④ 회사는 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고는 보상하여 드리지 아니합니다

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
3. 자동차 및 기타교통수용구의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 사고
4. 간설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제3조(후유장해보험금)

① 고도후유장해보험금
회사는 피보험자(보험대상자)가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 대중교통이용중 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 「후유장해」라 합니다)되어 【별표1】의 각호에 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해(이하 「고도후유장해」라 합니다)가 남았을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

② 일반후유장해보험금
회사는 피보험자(보험대상자)가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 대중교통이용중 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 【별표1】의 각호에 정한 지급률이 80%미만에 해당하는 후유장해(이하 「일반후유장해」라 합니다)가 남았을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액에 【별표1】에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후

한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.

④ 제1항 내지 제3항의 후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일로부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장해 지급률을 결정하되 【별표1】에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만 【별표1】의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

⑥ 같은 사고로 27지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 【별표1】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1】상의 27지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만 【별표1】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 기준된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장기간의 원인에 약하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 위 1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

제4조(다른 신체상해 또는 질병의 영향)

① 피보험자(보험대상자)가 제3조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체상해 또는 질병의 영향으로 또는 제3조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 상해나 질병의 영향으로 제1조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 금액을 결정하여 지급합니다.

② 정당한 이유없이 피보험자(보험대상자)가 치료를 게을리하거나 또는 계약자나 수익자(보험금을 받는 자)가 치료를 하여 주지 않음으로 인하여 제1조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우에도 제1항과 같은 방법으로 합니다.

제5 조(특별 약관의 소멸)

- ① 한 번의 사고에 대하여 회사가 제3조후유장애보험금에서 정한 일반후유장애 보험금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 특별약관의 보험가입금액은 감액되지 아니하며, 제3조후유장애보험금에서 정한 고도후유장애보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 제2조보상하지 아니하는 손해(제항 제외 제외 제3조에 정한 사유로 사망했을 경우)는 제2조보상하지 아니하는 손해) 제2항에 따릅니다.

제6 조(보험금의 지급 한도)

회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 후유장애보험금은 제3조후유장애보험금에서 정한 고도후유장애보험금을 한도로 합니다.

제7 조(준용 규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(담보종목), 제2조(용어정의), 제3조(담보종목별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제2조(계약의 자동갱신), 제13조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해지), 제4조(자동갱신 적용), 제12조(반기환급금의 지급), 제24조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

골절(치아파절포함)진단비보장 특별약관

제1 조(보상하는 손해)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라 합니다)로 상해를 입고 그 직접결과로써 골절(치아파절을 포함합니다. 이하 같습니다)로 진단 확정되었을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액(이하 「골절치아파절포함진단비」라 합니다)을 1사고시마다 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다. 다만 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2 조(골절의 정의)

이 특별약관에 있어서 「골절」이라 함은 「한국표준질병사인분류」에 의하여 「별표4」에서 정하는 「골절분류표」에 따릅니다.

제3 조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 수익자(보험금을 받는

자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

3. 계약자의 고의
 4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
 5. 피보험자(보험대상자)의 질병
 6. 피보험자(보험대상자)의 심신상실 또는 정신질환
 7. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 8. 피보험자(보험대상자)의 사형
 9. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요 기타 이들과 유사한 사태
 11. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 12. 위 제1호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 제항 제외 제외 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
1. 제항제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 제항제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제항제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
- ③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 전문문반(전문적인 등산유구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 항공라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기 시범 흥행(이)를 위한 연습을 포함합니다. 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다.)
 3. 선박승무원 여부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4 조(준용 규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 보통약관 제1조(담보종목), 제2조(용어정의), 제3조(담보종목별 보장내용), 제4조(보상하지 않는 사항), 제12조(계약의 자동갱신), 제3조(갱신보장계약 제회 보험료의 납입연체와 계약의 해지), 제14조(자동갱신 적용), 제12조(반기환급금의 지급), 제24조(다수보험의 처리) 및 제25조(연대책임)는 제외합니다.

출생전 자녀가입 특별약관

제1조(특별약관의 범위)

- ① 이 특별약관은 부양자상해사망후유장애보장 특별약관이 부과된 계약에 한해서 부과할 수 있습니다.
- ② 이 특별약관은 보통약관의 피보험자(보험대상자)로 될 자가 계약을 체결할 때 출생전 자녀(이하 "태아"라 함.)이다란 계약에 대하여 적용합니다.
- ③ 제2항의 태아는 출생시에 피보험자(보험대상자)로 됩니다.

제2조(부양자에 대한 회사의 보장의 시기 및 종기)

- ① 이 특별약관에서 부양자와 함은 태아의 부양자로서 보험증권보험가입증서에 기재된 자를 말합니다.
- ② 제 항의 부양자에 대한 회사의 보장은 보통약관 제15조(회사의 보장의 시기 및 종기)에도 불구하고 계약일 제회 보험료를 받은 때로부터 태아가 출생한 날까지의 기간에 보통약관의 보험기간을 대한 날 오후 4시에 끝납니다.

제3 조(출생통지)

- ① 계약자는 태아가 출생한 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 1. 통지서(회사양식)
 2. 피보험자(보험대상자)의 가족관계기록사항증명서 또는 주민등록등본
 3. 보험증권(보험가입증서)
- ② 회사는 제항의 일침이 있는 경우에는 보험증권(보험가입증서에 기재하여 드립니다.

제4 조(유산 또는 사산)

- ① 태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우에는 계약을 무효로 합니다.
- ② 계약자는 제1항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 1. 통지서(회사양식)
 2. 회사가 필요한 경우 의사 또는 조산원의 유산, 사산 등을 증명하는 서류
 3. 최종보험료 영수증
- ③ 회사는 제2항의 일침이 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제5 조(복수 출생의 경우)

- ① 태아가 복수로 출생한 경우에는 가족관계등록상 선순위로 기재된 자를 피보험자(보험대상자)로 합니다.
- ② 제 항에도 불구하고 계약자는 회사의 승낙을 얻어 제1항의 가족관계등록상 먼저 기재된 자가 아닌 다른 자녀를 피보험자(보험대상자)로 지정할 수 있습니다.
- ③ 제 항 또는 제2항의 피보험자(보험대상자)가 출생한 날로부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자(보험대상자)가 사망한 날로부터 1개월 이내에 한하여 동시에 출생한 자 가운데 가족관계등록상 다음 순위의 자를 새로운 피보험자(보험대상자)로 할 수 있습니다. 다만, 제2항의 경우와 같이 계약자는 회사의 승낙을 얻어 새로운 피보험자(보험대상자)를 지정할 수 있습니다.

④ 계약자가 제3항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
 2. 새로 피보험자(보험대상자)로 될 자의 가족관계기록사항증명서 또는 주민등록등본
- ⑤ 제3항의 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 피보험자(보험대상자)의 사망사로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 회사는 그때부터 변경 후의 피보험자(보험대상자)에 대해서 보험계약상의 보장이 시작됩니다.
- ⑥ 제1항 내지 제3항의 경우에는 보험증권보험가입증서에 기재하여 드립니다.
- ⑦ 제3항의 피보험자(보험대상자) 변경이 이루어진 경우에는 변경전 피보험자(보험대상자)에 대한 사망보험금이 지급되지 아니합니다.
- ⑧ 계약자가 원래의 피보험자(보험대상자)를 고의로 사망케 한 경우에는 제3항의 피보험자(보험대상자) 변경을 하지 아니합니다.

제6조(보험금 지급기준 적용연령)

보통약관 제8조(보험나이 등)에서 적용하는 피보험자(보험대상자)의 나이는 피보험자(보험대상자)가 출생한 날로부터 계산합니다.

제7조(보험나이의 계산 및 특례)

계약일에 있어서의 피보험자(보험대상자)의 보험나이는 예로 합니다.

제8조(보험료 정산에 관한 사항)

- ① 보험계약을 체결할 때 가입자녀가 태아일 경우의 보험료는 가입자녀 남자 0세의 보험료와 여자 0세의 보험료를 비교하여 높은 금액으로 적용하며, 출생시 가입자녀의 성별이 낮은 금액으로 적용되는 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 정한 방법에 따라 정산하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 이미 납입한 보험료를 정산하고 환급하여야 할 금액이 있는 경우 이를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다.) 지정 계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.
- ② 제1항에 의하여 제 회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에 회사는 청구서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다.)를 청구일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관의 제5조의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입자는 이 계약항양서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와

계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계약의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 가매정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제4 조(준용 규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

신용카드이용 보험료납입 특별약관

제1 조(적용 범위)

이 특별약관은 신용카드회사(이하「카드회사」라 합니다)의 카드회원을 계약자로 하여 초회보험료부활시 연체보험료 및 부활후 최초납입보험료를 포함합니다를 납입하는 경우나 카드회사의 카드회원인 계약자가 회사와 보험대리점 계약을 체결한 신용카드 법인대리점을 통하여 보험료를 자동납입하는 경우에 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

회사는 이 특별약관에 따라 계약자가 정해진 신용카드로서 보험료를 결제하기 위하여 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 보험료의 영수시점으로 봅니다.(다만, 계약자의 귀책사유로 카드승인이 불가능한 경우에는 실제 카드회사의 승인을 받은 날을 보험료의 영수시점으로 봅니다.)

제3 조(사고카드의 계약)

- ① 계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 책임개시일부터 그 효력을 상실합니다.
- ② 제4항의 사고카드라 함은 유효기간이 경과한 카드, 위조·변조된 카드, 무효 또는 가매 정지통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

제4 조(준용 규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

전자거래 특별약관

제1 조(적용 범위)

이 특별약관에 따라 컴퓨터를 이용하여 보험을 거래할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(이하 「사이버몰」이라 합니다)을 이용하여 보험계약이 체결되는 경우에 적용합니다.

제2조(약관 교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 보통약관 제40조(약관교부 및 설명의무 등) 제4항의 규정에도 불구하고 컴퓨터를 이용하여 사이버몰에 게시된 청약서, 보험약관 전부 및 보험약관의 중요내용에 모두 동의한 경우에는 청약서 및 보험약관을 드리고 보험약관

중요내용을 알려드린 것으로 간주합니다.

- ② 회사가 제4항을 위반한 때에는 계약자는 계약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료에 이 보험의 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더하여 드립니다.

제3조 전자서명의 효력

회사는 보통약관 제40조(약관교부 및 설명의무 등) 제4항의 규정에도 불구하고 사이버몰에서 계약의 청약과 관련하여 계약자 등이 청약서에 전자거래기본법 제6조의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 한 경우 그 전자서명을 계약자등이 직접 서명날인한 것으로 봅니다.

제4조(보험료의 납입)

- ① 이 특약에 의한 보험료의 납입은 은행(우체국을 포함합니다)을 이용한 자동납입이나 신용카드회사의 신용카드(이하「신용카드」라 합니다)를 이용한 납입에 한합니다.
- ② 자동납입의 경우에는 자동이체신청을 받은 날을, 신용카드를 이용한 납입의 경우에는 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 보험료의 영수시점으로 봅니다. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 실제 보험료가 이체된 날과 카드회사의 승인을 받은 날을 보험료의 영수시점으로 봅니다.
- ③ 계약자는 지정계약의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 가매정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 보험자의 보장개시일로부터 그 효력을 상실합니다.
- ⑤ 제4항의 사고카드라 함은 유효기간이 경과한 카드, 위조·변조된 카드, 무효 또는 가매정지 통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

제5조 준용 규정

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관(이하 「특약」)은 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 보험계약자의 청약(締約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 「계약자」, 보험회사는 「회사」라 합니다.)
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되는 경우에는 이 특약은 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. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 3촌 이내의 친족
- ② 제4항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다)

제4 조(지정 대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 사면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

제5 조(보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음)을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 아니합니다.

제6 조(보험금 등 청구시 구비서류)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다

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

제7 조(준용 규정)

이 특약에서 정하지 아니한 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

장애분류표

총칙

1. 장애의 정의

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

2. 신체부위

"신체부위"라 함은 ①눈 ②귀 ③코 ④씌어먹거나 말하는 기능 ⑤오목 ⑥척추(등뼈) ⑦척간골 ⑧팔 ⑨다리 ⑩손가락 ⑪발가락 ⑫흉·복부 장기 및 비호생식기 ⑬신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리 는 각각 다른 신체부위로 본다

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 27지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 동상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 27지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다
- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장애진단시에는 ①정해진단명 및 발생시기 ②장애의 내용과 그 정도③사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④항후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ①개료여부 ②객관적 이유 및 개요의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률%
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.020이하로 된 때	35
4) 한눈의 교정시력이 0.060이하로 된 때	25
5) 한눈의 교정시력이 0.10이하로 된 때	15
6) 한눈의 교정시력이 0.20이하로 된 때	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 사야협착, 압정을 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 사력장애의 경우 공인된 사력검사표에 따라 측정한다.
- 2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 사력 교정수단)으로 교정한 사력을 말한다.
- 3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각 부") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장애정도를 평가한다.
- 5) "안구의 뚜렷한 운동장애"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시에서 복사물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임을 남긴 때를 말한다.
- 6) "안구의 뚜렷한 조절기능장애"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
- 9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때"라 함은 눈을 뜬 때 동공을 1/2 이상 덮거나 뜨는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요소(막막) 등에 의해 약간까지 삼입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의인을 삼입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.

- 11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 인면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가방법 중 피보험자(보험대상자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

- 1) "귓바퀴의 대부분이 결손된 때"라 함은 귓바퀴의 연결부가 1/20상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/20만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로 평가한다.

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

- 1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡관란 내지는 양쪽 코의

후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다

2) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애와 각각 더하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) "씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음식 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) "씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 교형식밥, 빵 등은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다
- 5) "말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(ㄱ, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치설음(ㄷ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ)
 - ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
- 6) "말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) "말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다
- 8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다
- 10) 유상악치 또는 가교악치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장치치와 포스트, 인레이만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다

11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.

12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다

13) 신체에 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 10cm 이상의 (외모의/두부 또는 인면부흉터(추한 모습의 흉터)
 - ③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/20이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 이상의 빈흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - ① 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/40 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 5cm 이상의 (외모의/두부 또는 인면부흉터(추한 모습의 흉터)
 - ③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/40상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 1/2 크기 이상의 빈흔(흉터), 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추환 모습)

마. 손바닥 크기

"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수정부의 크기를 말하며 통산 12세 이상의 성인에서는 8x10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6x8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4x6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기형증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관련도를 산정하여 평가한다.
- 3) 심한 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
- 4) 뚜렷한 운동장애
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
 - ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈 : 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 5) 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
- 6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

8) 약간의 기형

1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)

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

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사(특수)에서 이상이 있으며 척추신경근의 불안전 마비가 인정되는 경우

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

특수검사(뇌전신화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI)) 등에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(추변부위)로 뻐치는 증상 또는 감각 이상이 있는 경우

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

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) "체간골"이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며 이들 모두 동일부위로 한다.
- 2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
 - ① 천장관절 또는 치유문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부장유합 상태 또는 여자에 있어서 정상본면에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
 - ② 나체가 되었을 때 변형(결손)을 포함을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정된 각 변형이 20° 이상인 경우
- 3) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때 라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손)을 포함을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정된 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다
- 4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가 장애의 분류

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

나 장애판정기준

- 1) 팔절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다)
- 3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) "한팔의 손목이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(AMA) "영구적 신체장애 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.

가 "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은

- ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사서서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
- 나 "심한 장애"라 함은
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/40이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사서서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우

다 "뚜렷한 장애"라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- 라 "약간의 장애"라 함은
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

- 7) "기관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 상완골에 기관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 기관절이 남은 경우를 말한다.

- 8) "기관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 기관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 팔절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
 - 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다).
 - 3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
 - 4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
 - 5) "한다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
 - 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(AMA) "영구적 신체장애 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
- 가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은

- ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- ② 근전도 검사상 완전 마비 소견이 있고 근력검사서서 근력이 0등급(Zero)인 경우
나 심한 장애 라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/40이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사서서 근력이 1등급(Trace)인 경우

다 "뚜렷한 장애 라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 0이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라 "약간의 장애 라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 0이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

- 7) "기관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 기관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 기관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) "기관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 기관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 scamogram을 통하여 다리의 단축장도를 측정한다.

다 지급률의 결정

- 1) 하지(다리)와 발가락의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다

10. 손가락의 장애

가 장애의 분류

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

장애의 분류	지급률(%)
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1손가락 미다)	5

나. 장애판정기준

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

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째 발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을 나머지 네 발가락에서는 제 1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운

쪽에서 앓았을 때를 말한다

- 2) 리스프랑 관절 이상에서 앓은 때라 힘은 죽근-중죽골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 3) 발가락뼈 일부를 앓았을 때 라 힘은 첫째 발가락에 있어서는 자만절 다른 네 발가락에 있어서는 제1자만절근위자만절로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 앓았을 때를 말하고 단순히 심점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다
- 4) 발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때 라 힘은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가 장애의 분류

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

나 장애의 판정기준

- 1) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때' 라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때' 라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/40상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 앓았을 때
- 3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때' 라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 오도협착으로 인공요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/20상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 「불임」일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다

13. 신경계 정신행동 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 신경계
 - ① '신경계에 장애를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 「불임」일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표의 57지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다
 - ② 위 ①의 경우 「불임」일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
 - ③ 신경계의 장애로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
 - ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 정해되고 있는 경우 또는 단기내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장애 평가를 유보한다.
 - ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.
- 2) 정신행동
 - ① 상기 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 「불임」일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
 - ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된

장해에 대해서는 인정하지 아니한다.

- ③ 삼척적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다
- ④ 전문의인 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거
 - ㉠ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
 - ㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
 - 보호자나 환자의 진술
 - 감정어의 추정 혹은 인정
 - 한류표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사(뇌SPECT 등)
 - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 삼척학적 평가보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 긴장에 한하여 보상한다.
- ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증, 정서장애, 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다
- ⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감사를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 차대

- ① "차대"라 함은
 - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
 - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
- ② 차대의 장애평가는 전문의에 의한 임상차대척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다

4) 간질

- ① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애) 등을 반복하는 것을 말한다
- ② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흥분성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다
- ④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다
- ⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다
- ⑥ "경증발작"이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다

<붙임>

일상생활 기본능력(ADLs) 제한장애평가표

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

[별표 2]

골절(치아파절제외)분류표

골절(치아파절제외)로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분류 항목	분류 번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절 (치아파절 제외)	S02 (S025는 제외)
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔꿈치의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넓적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명 신체부위의 골절	T142

제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다

[별표 3]

화상분류표

화상으로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분류 항목	분류 번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T20
2. 몸통의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨 팔의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T26
8. 호흡기도의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T28
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피부밑조직의 기타 장애	L59

제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다

[별표 4]

골절분류표

골절로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분류 항목	분류 번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔꿈치의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넓적다리뼈의 골절	S82
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T142

제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표 5]

식중독분류표

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

대상이 되는 질병	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 이질	A03
3. 기타 세균성 창자 감염	A04
4. 달리 분류되지 않은 기타 세균성 식중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 창자 질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 창자 감염	A08
8. 해산물 속의 유해물질의 중독작용	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 중독작용	T62

제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표 6]

악성신생물(암) 분류표

악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

제5차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다

[별표 7]

상피내의 신생물 분류표

상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

제5차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다

[별표 8]

행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

경계성 종양으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되는 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 기운대귀, 호흡기 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 단클론성 감마병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48
14. 달리 분류되지 않은 림케르한스 세포 조직구증	D76.0

제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표 9]

자녀7대암분류표

한국표준질병·사인분류에 있어서 자녀7대암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1. 시행 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되는 질 병		분류번호	
뼈 및 관절연골	사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40	
	가타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C41	
뇌 및 중추 신경계	수막의 악성신생물(암)	C70	
	뇌의 악성신생물(암)	C71	
남녀 공통	척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 가타 부위의 악성신생물(암)	C72	
	호치킨병	C81	
	여포성 결절성 비호지킨 림프종	C82	
	미만성 비호지킨 림프종	C83	
	말초 및 피부성 T-세포 림프종	C84	
	가타 및 상세불명항의 비호지킨 림프종	C85	
	림프 백혈병	C91	
	골수성 백혈병	C92	
	단핵구성 백혈병	C93	
	명시된 세포형의 기타 백혈병	C94	
	상세불명 세포형의 백혈병	C95	
	림프, 조혈 및 관련조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물(암)	C96	
	부신	부신의 악성신생물(암)	C74
남자	간	간 및 간내 쓸개관(담관)의 악성신생물(암)	C22
자	고환	고환의 악성신생물(암)	C62
여	신장	콩팥(신장)을 제외한 콩팥(신장)의 악성신생물(암)	C64
자	난소	난소의 악성신생물(암)	C56

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

[별표 10]

중대한 특정상해 분류표

한국표준질병사인분류에 있어서 중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국표준 질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

구 분	대상이 되는 상병	분류번호
내장손상	마리내 손상	S06
	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 가슴내 장기의 손상	S27
	복부내 기관의 손상	S36
	비뇨기 및 골반 장기의 손상	S37

제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다

[별표 11]

총수염(맹장염) 분류표

한국표준질병사인분류에 있어서 총수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준 질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
총수의 질환	K35 ~ K38

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

[별표 12]

특정전염병 분류표

한국표준질병사인분류에 있어서 특정전염병으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

	대상이 되는 상병	분류번호
제 1군 전염병	콜레라	A00
	장티푸스	A01.0
	파리티푸스	A01.1 ~ A01.4
	상세불명의 이질	A03.9
	장출혈성대장균감염	A04.3
	페스트	A20
제 2군 전염병	파상풍	A33 ~ A35
	디프테리아	A36
	백일해	A37
	급성 화생질(천수염)	A80
	일본뇌염	A83.0
	홍역	B05
	풍진(독일홍역)	B06
	볼거리	B26
	탄저병	A22
	브루셀리증	A23
립투스피리증	A27	
제 3군 전염병	성홍열	A38
	수막알균 수막염	A39.0
	기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
	리조넬라병	A48.1 ~ A48.2
	발진티푸스	A75(A75.2, A75.3 제외)
	리켓치아 타이피에 의한 발진티푸스	A75.2
	리켓치아 프로키우시에 의한 발진티푸스	A75.3
	광견병	A82
	공막(신장) 중추균을 동반한 출혈열	A98.5
	말라리아	B50 ~ B54

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

[별표 13]

시청각질환 분류표

한국표준질병사인분류에 있어서 시청각질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병 사인분류통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1. 시행 중 다음에 적은 질병을 말합니다

대상이 되는 상병	분류번호
눈꺼풀, 눈물기관 및 인와의 장애	H00~H06
결막의 장애	H10~H13
공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	H15~H22
수정체의 장애	H25~H28
망막 및 망막의 장애	H30~H36
뇌내장	H40~H42
유리체 및 안구의 장애	H43~H45
시신경 및 시각경로의 장애	H46~H48
안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애	H49~H52
시각 장애 및 실명	H53~H54
눈 및 눈부속기의 기타 장애	H55~H59
바깥귀의 질환	H60~H62
가운데귀 및 꼭지틀기의 질환	H65~H75
속귀의 질환	H80~H83
귀의 기타 장애	H90~H95

제5차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다

[별표 14]

피부질환 분류표

한국표준질병사인분류에 있어서 피부질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1. 시행 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
피부 및 피부밑조직의 감염	L00~L08
수포성 장애	L10~L14
피부염 및 습진	L20~L30
구진비늘 장애(림프종·모양 구진증 제외)	L40~L45(L41,2 제외)
두드러기 및 홍반	L50~L54
피부 및 피부밑조직의 방사선 관련성 장애	L55~L59
피부 부속기의 장애	L60~L75
피부 및 피부밑조직의 기타장애	L80~L99

제5차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다