무배당 알리안츠종합건강보험

제1관 보험계약의 성립과 유지

제 1조【보험계약의 성립】
제 2조【청약의 철회】
제 3조【약관교부 및 설명의무 등】
제 4조【계약의 무효】
제 5조【계약내용의 변경】
제 6조【계약자의 임의해지】
제 7조【계약의 소멸】
제 8조【보험연령】

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 9조【제1회보험료 및 회사의 책임개시일】
제10조【제2회 이후 보험료의 납입】
제11조【보험료의 자동대출납입】
제12조【보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지】
제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제14조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
제15조【뇌출혈의 정의 및 진단확정】
제16조【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】
제17조【말기신부전의 정의 및 진단확정】
제18조【간경화의 정의 및 진단확정】
제19조【난치성질병의 정의 및 진단확정】
제20조【보험금의 종류 및 지급사유】
제21조【보험금 지급에 관한 세부규정】
제22조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
제23조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
제24조【해약환급금】
제25조【배당금의 지급】
제26조【소멸시효】

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제27조【계약전 알릴의무】
제28조【계약전 알릴의무 위반의 효과】
제29조【계약취소권의 행사제한】

제5관 보험금 지급 등의 절차

제30조【주소변경 통지】
제31조【보험수익자의 지정】
제32조【대표자의 지정】
제33조【보험금 지급사유의 발생통지】
제34조【보험금 등 청구시 구비서류】
제35조【보험금 등의 지급】
제36조【계약내용의 교환】
제37조【약관대출】

제6관 분쟁조정 등

제38조【분쟁의 조정】
제39조【관할법원】
제40조【약관의 해석】
제41조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】
제42조【회사의 손해배상책임】
제43조【준거법】
제44조【예금보험에 의한 지급보장】

무배당 알리안츠종합건강보험 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제 1조【보험계약의 성립】

① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다. (이하 보험계약은 “계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부담보 제외, 보험금삭감, 보험료할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 진단을 받지 아니하는 계약(이하 “무진단계약”이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 “진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 교부합니다. 그러나, 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 회사는 계약자가 제1회보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다 .

제 2조【청약의 철회】

① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 의한 계약자의 청약철회 신청을 접수한 경우에는 지체없이 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하

여 지급합니다. 단, 계약자가 제1회보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제 3조【약관교부 및 설명의무 등】

① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 청약서부본을 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 청약서 부본을 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 보험계약 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 부본을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 단서의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 교부함으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.

1. 보험계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 보험계약의 경우

2. 보험계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 보험계약자의 법정상속인인 보험계약일 경우

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 4조【계약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우

제5조【계약내용의 변경】

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 배서하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료의 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 보험가입금액
5. 계약자 또는 보험수익자(이하 “수익자”라 합니다)
6. 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제1회보험료를 납입한 때부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자가 제1항 제5호에 의하여 수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제 6조【계약자의 임의해지】

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 7조【계약의 소멸】

① 보험기간 중 피보험자의 사망 등으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

② 피보험자가 사망〔생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항에 준하는 사유 또는 재해분류표(별표2 참조)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다〕하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제8조【보험연령】

① 이 약관에서의 피보험자의 연령은 보험연령을 기준으로 합니다. 단, 제4조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만연령을 적용합니다.

② 제1항의 보험연령은 계약일현재 피보험자의 실제만연령을 기준으로 6개월미만의 단수는 버리고 6개월 이상의 단수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 연령이 증가하는 것으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 9조【제1회보험료 및 회사의 책임개시일】

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 제1회 보험료가 자동이체로 납입된 때, 신용카드 납입의 경우에는 제1회 보험료의 매출이 승인된 때)부터 이 약관이 정한 바에 따라 책임을 집니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 책임을 집니다.(이하 제1회보험료를 받은 날을 "책임개시일"이라 하며, 책임개시일을 "보험계약일"로 봅니다)

② 회사가 청약시에 제1회보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 책임개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 책임을 집니다.

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 경우에는 책임을 지지 아니합니다.

1. 제28조(계약전 알릴의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 책임을 지지 아니할 수 있는 경우
2. 제27조(계약전 알릴의무)에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 책임을 지지 아니합니다.

⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제14조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 책임개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 "암보장 책임개시일"이라 합니다)을 책임개시일로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 책임을 집니다.

제 10조【제2회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약체결시 납입하기

로 약속한 날(이하 “ 납입기일 ” 이라 합니다.)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융기관발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제11조【보험료의 자동대출납입】

① 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제37조(약관대출) 제1항에 의한 약관대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 약관대출금과 약관대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출 납입일로부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 납입최고기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제24조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제12조【보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지】

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고하고 납입최고기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고기간이 끝나는 날의 다음 날 계약을 해지합니다. 납입최고기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정

한 보험금을 지급합니다.
② 제1항에도 불구하고 회사의 방문수금 불이행 또는 은행 납입통지서의 미교부, 자동이체 미신청 등 회사의 책임있는 사유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 보험료를 수금 또는 자동이체하기로 하거나 은행납입통지서를 교부하기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 재교부일부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제1항의 납입최고기간을 적용합니다.
③ 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 수익자 포함)에게 납입최고기간 안에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 납입최고기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려 드립니다.
④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활】
① 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 예정이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
② 제1항에 따라 해지계약을 부활하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제9조(제1회 보험료 및 회사의 책임개시일), 제27조(계약전 알릴의무), 제28조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제29조(계약취소권의 행사제한)를 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제14조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “대상이 되는 악성신생물 분류표(기타 피부암 제외)”(별표9 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “암” 또는 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제15조【뇌출혈의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “뇌출혈분류표”(별표4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 뇌출

혈의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 병리조직검체, 검사결과, 진료기록부의 제출을 요청할 수 있습니다.

제16조【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “급성심근경색증 분류표”(별표5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 급성심근경색증의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 병리조직검체, 검사결과, 진료기록부의 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제17조【말기신부전의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “말기신부전”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “말기신부전 분류표”(별표6 참조)에서 정하는 말기신질환으로서 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이고 보전요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 또는 신장이식의 시술을 받아야 한다고 의사가 판단하여 그 말기신질환의 치료를 직접목적으로 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 신장이식을 받은 경우를 말하며, 일시적으로 혈액투석이나 복막투석 치료를 필요로 하는 신부전은 보장에서 제외합니다.

② 말기신부전의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가

인정하는 국외 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의하며 혈액투석, 복막투석 및 장기이식은 상기의 병원 또는 의원에서 행해져야 합니다.
③ 제2항에도 불구하고 말기신부전의 진단확정은 병력과 함께 신장기능검사를 포함한 혈액검사, 소변검사, 초음파검사, 조직검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 말기신부전의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 병리조직검체, 검사결과, 진료기록부의 제출을 요청할 수 있습니다.

제18조【간경화의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 “간경화”라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “간경화 분류표”(별표7 참조)에서 정하는 질병을 말합니다.
② 간경화의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 간기능검사를 포함한 혈액검사, 간초음파검사, 조직검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 간경화의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 병리조직검체, 검사결과, 진료기록부의 제출을 요청할 수 있습니다.

제19조【난치성질병의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 “난치성질병”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “난치성질병 분류표”(별표8 참조)에서 정하는 파킨슨병 및 다발성경화증을 말합니다.
② 난치성질병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 난치성질병 중 파킨슨병의 진단확정은 병력과 함께 임상.병리학적 소견 및 핵자기 공명영상법(MRI), 핵의학적 검사(동위

원소 검사)를 기초로 하여야 하며, 다발성경화증의 진단확정은 병력, 임상학적 검진과 함께 신경생리적, 면역학적, 방사선학적, 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 난치성질병의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 병리조직검체, 검사결과, 진료기록부의 제출을 요청할 수 있습니다.

제20조【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험기간 중 책임개시일 이후에 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 수익자에게 약정한 보험금 (별표1 “보험금 지급 기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 : 만기축하금 지급(만기환급형에 한함)
2. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 뇌출혈로 진단이 확정되었을 때 : 뇌출혈 진단급여금 지급(최초 1회에 한함)
3. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 : 급성심근경색증 진단급여금 지급(최초 1회에 한함)
4. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 말기신부전으로 진단이 확정되었을 때 : 말기신부전 진단급여금 지급(최초 1회에 한함)
5. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 간경화로 진단이 확정되었을 때 : 간경화 진단급여금 지급(최초1회에 한함)
6. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 난치성질병(최초 발생한 한 종류의 난치성질병에 한함)으로 진단이 확정되었을 때 : 난치성질병 진단급여금 지급(최초 1회에 한함)

제21조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 암보장책임개시일 이후에 암(기타피부암 제외)으로 진단이 확정되었거나, 책임개시일 이후에 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기

신부전, 간경화 또는 난치성질병으로 진단이 확정된 경우 또는 장해등급분류표(별표3 참조) 중 제1급 내지 제3급의 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에 의하여 보험료 납입이 면제된 경우에는 차회 이후의 보험료는 보험료 납입기간 만료시까지 정상적으로 납입된 것으로 보고 보험기간 만료시에 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 만기축하금을 수익자에게 지급하여 드립니다.
③ 제1항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 그 장해상태의 등급이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해상태의 등급으로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해등급을 결정합니다.
④ 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제6호의 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전, 간경화, 난치성질병(최초 발생한 한 종류의 난치성질병에 한함) 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급하여 드립니다.
⑤ 피보험자가 사망하고 그 후에 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전, 간경화 또는 난치성질병(최초 발생한 한 종류의 난치성질병에 한함)을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제6호의 진단급여금 중 그 질병에 해당하는 진단급여금을 지급합니다.

제22조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

그러나 피보험자가 정신질환상태에서 자신을 해친 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
그러나, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이합니다.

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 돌려 드리지 아니합니다.

제23조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

회사는 피보험자가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제6호의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급하며, 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제24조【해약환급금】

① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제25조【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제26조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제27조【계약전 알릴의무】
계약자 또는 피보험자는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약전 알릴의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 그러나, 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제28조【계약전 알릴의무 위반의 효과】
① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제27조(계약전 알릴의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나, 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 책임개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙 통지를 한 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한 자(이하 "모집인 등"이라 합니

다)가 계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴의무 사항을 임의로 기재한 경우

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액한도제한, 일부담보 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반증이 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

④ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑤ 제27조(계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

제29조【계약취소권의 행사제한】

회사는 책임개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니 합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기 의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 책임개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제30조【주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에서 정한 대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제31조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 계약자가 수익자를 지정하지 아니한 때에는 수익자를 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우는 계약자로 하고, 동조 제2호 내지 제6호의 경우는 피보험자로 하며, 피보험자의 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

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 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 발생통지】
수익자는 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제34조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보

험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 암진단서, 뇌출혈진단서, 급성심근경색증진단서, 말기신부전진단서[혈액(복막)투석확인서, 수술증명서, 신부전진단서], 간경화진단서, 난치성질병진단서 등)
3. 보험증권
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제35조【보험금 등의 지급】

① 회사는 제34조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제28조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금지급 사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 피보험자는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 피보험자가

지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금을 지급하기로 합니다. 그러나 피보험자의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는, 피보험자와 회사가 동의 하여 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 "회사가 지정한 의사" 및 "제3의 의사"는 의료법에서 정하는 종합병원 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

④ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 피보험자 또는 수익자에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해등급의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

⑤ 회사는 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에 해당하는 만기축하금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 수익자에게 알려드리며, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자계산은 별표10(보험금 지급시의 부리이율 계산)과 같습니다.

다만, 제4항에 의하여 계약자, 피보험자 또는 수익자가 회사의 조사, 확인 또는 진단요청을 받은 날부터 그에 대한 동의를 정당한 사유 없이 지체한 기간에 대하여는 이자를 부리하지 않습니다.

⑥ 제1항 내지 제3항에서 규정한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 피보험자 또는 수익자가 정당한 사유 없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금(가지급보험금 포함)의 지급을 유예(猶豫)할 수 있습니다.

⑦ 이 약관에 의한 책임준비금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 방법에 따라 계산합니다.

제36조【계약내용의 교환】
회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제23조(개인신용정보의 제공, 활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공, 활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제37조【약관대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "약관대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다.
② 계약자는 제1항에 의한 약관대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 책임준비금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금과 상계할 수 있습니다.
③ 회사는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되고 약관대출원리금이 해약환급금을 초과하는 경우에는 그 초과된 날에 해약환급금과 상계할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제38조【분쟁의 조정】
계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제39조【관할법원】
이 계약에 관한 소송은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제40조【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.

제41조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】
모집인 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함) 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제42조【회사의 손해배상책임】
회사는 계약과 관련하여 임·직원, 모집인 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여 관계법규등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제43조【준거법】
이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제44조【예금보험에 의한 지급보장】
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

【기준 : 1계좌(보험가입금액 1,500만원)】

① 만기축하금 (약관 제20조 제1호)

지급 사유	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	
지급 금액	만기환급형	이미 납입한 보험료의 100%
	순수보장형	-

② 뇌출혈 진단급여금 (약관 제20조 제2호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 뇌출혈로 진단이 확정되었을 때(최초 1회에 한함)	
지급 금액	경과기간 1년 미만	1,500만원
	경과기간 1년 이상	3,000만원

③ 급성심근경색증 진단급여금 (약관 제20조 제3호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회에 한함)	
지급 금액	경과기간 1년 미만	1,500만원
	경과기간 1년 이상	3,000만원

④ 말기신부전 진단급여금 (약관 제20조 제4호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 말기신부전으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회에 한함)	
지급 금액	경과기간 1년 미만	1,500만원
	경과기간 1년 이상	3,000만원

⑤ 간경화 진단급여금 (약관 제20조 제5호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 간경화로 진단이 확정되었을 때(최초 1회에 한함)	
지급 금액	경과기간 1년 미만	500만원
	경과기간 1년 이상	1,000만원

⑥ 난치성질병 진단급여금 (약관 제20조 제6호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 난치성질병으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회에 한함)	
지급 금액	경과기간 1년 미만	500만원
	경과기간 1년 이상	1,000만원

(주) 경과기간은 계약일을 기산일로 합니다.

(별표2)

재해 분류표

재해라 함은 우발적인 외래의 사고(다만, 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는그 경미한 외부요인은 우발적인 외래의 사고로 보지 아니함)로서 다음 분류표에 따른 사고를 말한다.

* 이 분류는 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1.시행) 중 "질병이완 및 사망이외의 외인"에 의한 것임

분류항목	분류번호
1. 운수사고에서 다친 보행인	V01~V09
2. 운수사고에서 다친 자전거 탑승자	V10~V19
3. 운수사고에서 다친 모터싸이클 탑승자	V20~V29
4. 운수사고에서 다친 삼륜자동차량의 탑승자	V30~V39
5. 운수사고에서 다친 승용차 탑승자	V40~V49
6. 운수사고에서 다친 픽업 트럭 또는 밴 탑승자	V50~V59
7. 운수사고에서 다친 대형화물차 탑승자	V60~V69
8. 운수사고에서 다친 버스 탑승자	V70~V79
9. 기타 육상운수 사고(철도사고 포함)	V80~V89
10. 수상 운수사고	V90~V94
11. 항공 및 우주 운수사고	V95~V97
12. 기타 및 상세불명의 운수사고	V98~V99
13. 추락	W00~W19
14. 무생물성 기계적 힘에 노출	W20~W49
15. 생물성 기계적 힘에 노출	W50~W64
16. 불의의 익수	W65~W74
17. 기타 불의의 호흡 위협	W75~W84
18. 전류, 방사선 및 극순환 기온 및 압력에 노출	W85~W99

분류항목	분류번호
19. 연기, 불 및 화염에 노출	X00~X09
20. 열 및 가열된 물질과의 접촉	X10~X19
21. 유독성 동물 및 식물과 접촉	X20~X29
22. 자연의 힘에 노출	X30~X39
23. 유독물질에 의한 불의의 중독 및 노출	X40~X49
24. 기타 및 상세불명의 요인에 불의의 노출	X58~X59
25. 가해	X85~Y09
26. 의도 미확인 사건	Y10~Y34
27. 법적개입 및 전쟁행위	Y35~Y36
28. 치료시 부작용을 일으키는 약물, 약제 및 생물학 물질	Y40~Y59
29. 외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난	Y60~Y69
30. 진단 및 치료에 이용되는 의료장치에 의한 부작용	Y70~Y82
31. 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게한 외과적 및 내과적 처치	Y83~Y84
32. 전염병예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병	

※ 제외사항

- “약물 및 의약품에 의한 불의의 중독” 중 외용약 또는 약물 접촉에 의한 알레르기피부염(L23.3)
- “기타 고체 및 액체물질, 가스 및 증기에 의한 불의의 중독” 중 한국표준질병사인분류상 A00~R99에 분류가 가능한 것
- “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고
- “자연 및 환경요인에 의한 불의의 사고” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- “익수, 질식 및 이물에 의한 불의의 사고” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
- “기타 불의의 사고” 중 과로 및 격렬한 운동으로 인한 사고
- “법적 개입” 중 처형(Y35.5)

(별표3)

장해등급 분류표

등급	신체장해
제1급	1. 두눈의 시력을 완전 영구히 잃었을 때 2. 말 또는 씹어먹는 기능을 완전 영구히 잃었을 때 3. 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장해를 남겨서 평생토록 항상 간호를 받아야 할 때 4. 흉·복부 장기에 뚜렷한 장해를 남겨서 평생토록 항상 간호를 받아야 할 때 5. 두팔의 손목이상을 잃었거나 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 두다리의 발목이상을 잃었거나 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 7. 한팔의 손목이상을 잃고, 한다리의 발목이상을 잃었을 때 8. 한팔의 손목이상을 잃고, 한다리를 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 9. 한다리의 발목이상을 잃고, 한팔을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때
제2급	1. 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장해를 남겨서 평생토록 수시간호를 받아야 할 때 2. 흉·복부 장기에 뚜렷한 장해를 남겨서 평생토록 수시 간호를 받아야 할 때 3. 한팔 및 한다리를 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 4. 10손가락을 잃었거나 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 5. 한 팔 또는 한다리 중에서 제3급의 2 내지 7중의 신체장해가 생기고 다른 한팔 또는 한다리 중에서 제3급의 2 내지 7중 또는 제4급의 5 내지 11중에서 신체장해가 발생되었을 때 6. 두귀의 청력을 완전 영구히 잃었을 때

등급	신체장해
제3급	1. 한눈의 시력을 영구히 잃었을 때 2. 한팔의 손목이상을 잃었을 때 3. 한팔 또는 한팔의 3대관절중 2관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 4. 한다리의 발목이상을 잃었을 때 5. 한다리 또는 한다리의 3대관절중 2관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 한손의 5손가락을 잃었을 때 7. 한손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 포함하여 4손가락을 잃었을 때 8. 10발가락을 잃었을 때 9. 척추에 고도의 기형 또는 고도의 운동장해를 영구히 남겼을 때(추간판탈출증은 제외) 10. 한팔 또는 한다리중 제4급의 5 또는 6의 신체장해가 있고 다른 한팔 또는 한다리중 제4급의 5 또는 6의 신체장해가 발생하였을 때
제4급	1. 두눈의 시력에 각각 뚜렷한 장해를 영구히 남겼을 때 2. 말 또는 씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 영구히 남겼을 때 3. 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장해를 남겨서 평생 일상생활 기본동작에 제한을 받게 되었을 때 4. 흉·복부 장기에 뚜렷한 장해를 남겨서 평생 일상생활 기본동작에 제한을 받게 되었거나, 양쪽 고환을 잃었을 때 5. 한팔의 3대관절중 1관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 한다리의 3대관절중 1관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 7. 한다리가 영구히 5㎝ 이상 단축되었을 때 8. 한손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 잃었을 때 9. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락 중 1손가락을 포함하여 3손가락 이상을 잃었을 때

등급	신체장해
제4급	10. 한손의 5손가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 11. 한손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 포함하여 3손가락이상을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 12. 10발가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 13. 한발의 5발가락을 잃었을 때 14. 한귀의 청력을 영구히 잃고 다른 귀의 청력에 뚜렷한 장해를 영구히 남겼을 때 15. 척추에 중도의 기형 또는 중도의 운동장해를 영구히 남겼을 때(추간판탈출증은 제외) 16. 고도의 추간판탈출증
제5급	1. 비장 또는 한쪽의 신장을 상실한 때 2. 한팔의 3대관절중 2관절의 기능에 뚜렷한 장해를 영구히 남겼을 때 3. 한다리의 3대관절중 2관절의 기능에 뚜렷한 장해를 영구히 남겼을 때 4. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락을 잃었을 때 5. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락 중 1손가락을 포함하여 2손가락을 잃었을 때 6. 한손의 첫째손가락 및 둘째손가락 이외의 3손가락을 잃었을 때 7. 한손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 8. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락 중 1손가락을 포함하여 3손가락 이상을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 9. 한발의 5발가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 10. 한발의 첫째발가락을 포함하여 2발가락 내지 4발가락을 잃었을 때 11. 두귀의 청력에 뚜렷한 장해를 영구히 남겼을 때

등급	신체장해
제5급	12. 한귀의 청력을 완전 영구히 잃었을 때 13. 코가 결손되거나 또는 그 기능에 뚜렷한 장해를 영구히 남겼을 때 14. 척추에 경도의 기형 또는 경도의 운동 장해를 영구히 남겼을 때(추간판탈출증은 제외) 15. 두부 및 안면부에 현저한 추상을 남겼을 때 16. 중도의 추간판탈출증
제6급	1. 한눈의 시력에 뚜렷한 장해를 영구히 남겼을 때 2. 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 영구히 남겼을 때 3. 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 영구히 남겼을 때 4. 한다리가 영구히 3㎝ 이상 5㎝미만 단축되었을 때 5. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 2손가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 7. 한손의 첫째손가락 및 둘째손가락 이외의 2손가락 이상을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 8. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락 이외의 1손가락 또는 2손가락을 잃었을 때 9. 한발의 첫째발가락 또는 다른 4발가락을 잃었을 때 10. 한발의 첫째발가락을 포함하여 3발가락 이상을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 11. 한귀의 청력에 뚜렷한 장해를 남겼을 때 12. 두부 및 안면부에 추상을 남겼을 때 13. 성기능에 영구적으로 장해가 남았을 때 14. 경도의 추간판탈출증

(장해등급분류해설)

1. 장해의 정의 및 평가기준

가. 장해의 정의

장해란 재해로 인한 상해 또는 질병에 대하여 충분한 치료를 하였으나 완전히 회복되지 않고 증상이 고정되어 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말함

나. 평가기준

- 장해의 평가시 하나의 장해가 두 개 이상의 등급분류에 해당되는 경우에는 그 중 상위 등급을 적용한다.
- 신체의 제관절 운동의 정상 각도는 미국의사협회(A.M.A)의 영구적 신체장해 평가지침 제4판에서 규정하는 기준을 따르며, 측정방법 또한 이에 따르도록 한다.

다만, 계약자 선택에 따라 그외의 A.M.A지침에 의한 장해진단내용도 인정될 수 있다.

2. "일상생활 기본동작의 제한"

생명유지를 위한 일상생활의 기본동작 중 하나 이상에 제한은 있으나 타인의 수발이나 보조장구(휠체어, 목발등)가 필요치 않은 상태를 말한다.

일상생활의 기본동작

(1) 이동동작
(2) 음식물 섭취동작
(3) 옷 입고 벗기 동작
(4) 배변, 배뇨 또는 그 뒷처리
(5) 목욕

3. "항상간호"

생명유지를 위한 일상생활의 기본적인 동작 중 (1)의 이동동작 제한을 포함하고, (2) 내지 (5)의 항목 중 2개 이상이 제한되거나, 치매 또는 정신질환 등으로 인하여 항상 타인의 수발에 전적으로 의존해야 하는 경우를 말하며, (1)의 이동동작 제한 정도는 침상을 벗어나지 못하는 정도를 말한다.

4. “수시간호”

“수시간호”란 다음의 경우를 말한다.

1) 생명유지를 위한 일상생활의 기본적인 동작 중 (1)의 이동동작의 제한을 포함하고, (2) 내지 (5)의 항목 중 1개 이상이 제한되거나, 치매 또는 정신질환 등으로 수시로 타인의 수발이 반드시 필요한 경우를 말하며, (1)의 이동동작 제한 정도는 침상을 벗어나는 이동시 타인의 수발이나 보조수단(휠체어 등)이 반드시 필요한 정도를 말한다.

2) 심장, 신장 또는 간장의 장기이식을 한 경우 또는 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

5. “시력을 잃은 것”

국제식 시력검사표에 의하여 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 되어 망막 또는 시신경 손상이 증명되고 회복되지 않는 경우를 말한다. 단, 시력장해가 아닌 시야장해, 안구운동장해 등의 눈의 장해는 제외한다.

6. “시력의 뚜렷한 장해”

국제식 시력검사표에 의하여 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 되어 망막 또는 시신경 손상이 증명되고 회복되지 않는 경우를 말한다. 시야장해, 굴절장해, 안구운동 장해, 조절 장해, 복시 등은 이에 준하여 평가한다.

7. “ 말 또는 씹어먹는 기능을 잃은 것”

가. “말의 기능을 완전영구히 잃은 것”이란 다음의 경우를 말한다.

1) 말과 소리내는 기능장해로서 구순음(ㅁ,ㅂ,ㅍ), 치설음(ㄴ,ㄷ,ㄹ), 구개음(ㅈ,ㅊ), 후두음(ㅇ,ㅎ) 중 3종류 이상의 발음이 불가능하고 그 회복이 되지 않는 경우

2) 뇌언어중추의 손상으로 인한 실어증으로서 음성언어에 의한 의사소통이 불가능하고 그 회복이 되지 않는 경우

3) 성대 전부를 떼어냄으로서 발음이 불가능한 경우

나. “씹어먹는 기능을 완전영구히 잃은 것”

물이나 유동식(미음 등)이외의 것은 섭취할 수 없는 상태로서 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

8. “말 또는 씹어먹는 기능의 뚜렷한 장해”

가. “말의 기능에 뚜렷한 장해를 영구히 남긴 것”

말과 소리를 내는 기능의 장해로서 구순음, 치설음, 구개음, 후두음 중 2종류 이상의 발음이 불가능하고 그 회복이 되지 않는 경우를 말한다.

나. “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 영구히 남긴 것”

죽 또는 이에 준하는 음식 이외의 것은 섭취할 수 없는 상태로서 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

9. “청력을 완전 영구히 잃은 것”

주파수 500, 1000, 2000, 4000헬스의 경우에 청력상실의 정도를 각각 a, b, c, d 데시벨(청력검사 단위)로 했을 때 1/6(a+2b+2c+d)의 값이 80데시벨(청력검사 단위)이상 (귓전에 접하여도 큰소리를 듣지 못하는 것)으로서 회복이 불가능한 경우를 말한다.

10. “청력의 뚜렷한 장해”

위의 방법에 따른 값이 60데시벨(청력검사단위) 이상(40㎝이상의 거리에서 보통의 말소리를 해득하지 못하는 것)으로서 회복이 불가능한 경우를 말한다.

11. “코의 결손과 뚜렷한 장해”

코뼈가 결손되거나 또는 후각 기능을 잃고 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

12. “팔다리를 완전 영구히 사용하지 못하는 것”
팔다리의 운동기능을 완전히 잃은 것을 말하며, 팔다리의 완전운동 마비 또는 팔다리 각각의 3대관절(팔은 어깨관절, 팔꿈치 관절, 손목, 다리는 골반관절, 무릎, 발목)의 완전강직으로 그 회복이 불가능한 경우를 말한다. 관절을 영구히 쓸 수 없는 경우(인공관절 포함)에도 이에 준한다.

13. “팔다리 관절의 뚜렷한 장해”
팔다리 각각의 3대관절의 운동방향이 AMA의 영구적 신체장해 평가지침에서 명시한 주운동방향을 기준으로 하여 1/2이하로 제한되거나, 한 관절의 운동종류별 정상운동 범위에 대한 장해후 운동범위의 값에 비례치를 곱하여 산출한 각 값의 합
$(\sum \frac{\text{운동종류별 장해후 운동범위}}{\text{운동종류별 정상 운동범위}} \times \text{비례치})$이 1/2이하로 제한된 경우와 고정장구의 장착을 수시로 필요로 하는 정도의 동요관절의 경우를 말한다.

14. “척추의 뚜렷한 기형 또는 운동장해”
피보험자의 척추의 기형 정도와 운동가능 영역을 정상인의 운동영역과 비교하여 아래 해당 여부를 판단한다.
가. “척추의 고도의 기형”
엑스선 사진에 명백한 척추의 골절 등으로 인하여 35°이상의 후만증 또는 20°이상의 측만(側灣)변형이 있는 자를 말한다.
나. “척추의 중도의 기형”
엑스선 사진에 척추의 골절 등으로 인하여 15°이상의 후만증 또는 10°이상의 측만(側灣)변형이 있는 자, 압박골절이 추체높이 50% 이상인 자 또는 척추에 엑스선상 불안전성이 확실한 자를 말한다.
다. “척추의 경도의 기형”
엑스선 사진에 척추의 골절등으로 인하여 나체상태에서 후만증 또는 측만(側灣)변형이 있는 자를 말한다.

라. “척추의 고도의 운동장해”

경추, 흉추 또는 요추 중 어느 한 척추에 대해서 둘 이상의 운동종류가 각각 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한되는 경우를 말한다. 이때 둘 이상의 운동종류의 범위는 AMA의 영구적 신체장해 평가지침의 각 척추 운동의 종류에 따른 범위를 말한다.

마. “척추의 중도의 운동장해”

경추, 흉추 또는 요추 중 어느 한 척추에 대해서 둘 이상의 운동종류가 각각 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한되는 경우를 말한다. 이 때 둘 이상의 운동종류의 범위는 AMA의 영구적 신체장해 평가지침의 각 척추 운동의 종류에 따른 범위를 말한다.

바. “척추의 경도의 운동장해”

경추, 흉추 또는 요추 중 어느 한 척추에 대해서 둘 이상의 운동종류가 각각 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한되는 경우를 말한다. 이 때 둘 이상의 운동종류의 범위는 AMA의 영구적 신체장해 평가지침의 각 척추 운동의 종류에 따른 범위를 말한다.

15. “손가락의 장해”

가. “손가락을 잃은 것”

첫째손가락은 지절간관절(끝에서 첫째마디), 기타의 손가락은 근위지절간관절(끝에서 둘째 마디) 이상을 잃은 것을 말한다.

나. “손가락을 완전 영구히 사용하지 못하는 것”

1) 첫째 손가락의 경우 지절간관절(끝에서 첫째마디) 하방의 1/2이상을 잃거나 또는 지절간관절 또는 중수지절관절(끝에서 마지막 마디)이 생리적 운동 영역의 1/2이하로 제한되어 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

2) 기타 손가락의 경우 원위지절간관절(끝에서 첫째마디) 이상을 잃거나 또는 중수지절관절(끝에서 마지막 마디) 또는 근위지절간관절(끝에서 둘째마디)이 생리적 운동영역의 1/2 이하로 제한되어 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

16. “발가락의 장해”

가. “발가락을 잃은 것”

발가락 전부(첫째발가락의 경우 말절골 이상)를 잃은 것을 말한다.

나. “발가락을 완전 영구히 사용하지 못하는 것”

1) 첫째 발가락의 경우 지절간관절(끝에서 첫째 마디) 하방의 1/2이상을 잃거나 또는 지절간 관절 또는 중족지절관절(끝에서 마지막 마디)이 생리적 운동 영역의 1/2이하로 제한되어 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

2) 기타 발가락의 경우 원위지절간관절(끝에서 첫째마디) 이상을 잃거나 또는 중족지절관절(끝에서 마지막 마디) 또는 근위지절간관절(끝에서 둘째 마디)이 생리적 운동영역의 1/2 이하로 제한되어 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

17. 두부 및 안면부의 추상

가. 현저한 추상

두부 또는 안면부에 최대 길이 10㎝ 이상 또는 직경 5㎝ 이상의 추상반흔 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 반흔이나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우

나. 추상

두부 또는 안면부에 최대 길이 5㎝ 이상 10㎝ 미만 또는 직경 2㎝ 이상 5㎝ 미만의 추상반흔 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 반흔이나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우

18. 성기능의 영구적 장해

음경의 결손, 반흔 또는 경결 등으로 음위(陰痿 : 발기부전)가 있거나 반흔으로 인한 질구협착 등으로 성교 불능인 경우를 말한다.

19. 추간판탈출증

추간판탈출증, 팽윤, 파열 등은 의학적 임상증상과

특수검사(CT, MRI, 근전도 등) 소견이 일치하는 경우 그 증상을 인정하며, 수술여부에 관계없이 운동장해는 인정하지 아니하고, 후유증상의 정도에 따라 다음과 같이 구분한다.

가. “고도의 추간판탈출증”

2개 이상의 추체간에 추간판탈출증에 대한 수술을 하거나 하나의 추간판이라도 재수술을 하여 후유증상이 뚜렷한 경우

나. “중도의 추간판탈출증”

- 근위축 또는 근력약화와 같은 임상소견이 뚜렷하고, 특수보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전마비가 인정되는 경우

- 신경마비로 인하여 사지에 경도의 단마비가 있을 경우. 이 경우 복합된 척추신경근의 완전마비가 있는 경우에는 신경계통의 기능장해 정도에 따라 등급을 결정한다.

다. “경도의 추간판탈출증”

- 감각이상·요통·방사통 등의 자각증세가 있고 하지직거상 검사에 의한 양성소견이 있는 경우

20. “신체의 동일부위”

가. 한팔에 대하여는 어깨관절이하(손가락, 손목 이하, 팔꿈치 이하, 어깨 이하)를 모두 동일부위라 한다.

나. 한다리에 대하여는 골반관절 이하(발가락, 발목 이하, 무릎 이하, 골반 이하)를 모두 동일부위라 한다.

다. 눈 또는 귀의 장해에 대하여는 두눈 또는 두귀를 각각 동일부위라 한다.

라. 척추에 대하여는 목뼈이하를 모두 동일부위라 한다.

마. 장해등급분류표 중 제1급의 5,6,7,8,9, 제2급의 3,4,5, 제3급의 8 또는 제4급의 12의 장해에 해당하는 경우는 두팔, 두다리, 한팔과 한다리, 10손가락 또는 발가락을 각각 동일부위라 한다.

21. “영구히”

“영구히” 란 다음의 경우를 말한다.

가. 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우

나. 장래에 일정기간 경과 후 호전가능성의 유무를 확정할 수 없는 경우

다. 장래에 호전 가능성이 있다 하여도 장해확정시점까지는 상당한 기간이 소요되는 경우

(별표4)

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 “뇌출혈”은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표5)

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 "급성심근경색증"은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표6)

말기신부전 분류표

약관에 규정하는 “말기신부전”은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
말기 콩팥(신장)병	N18.0

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표7)

간경화 분류표

약관에 규정하는 “간경화”는 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 알코올성 간섬유증 및 간경화증	K70.2
2. 알콜성 간경화, 알콜성 경화	K70.3
3. 간의 섬유증 및 경화	K74

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표8)

난치성질병 분류표

약관에 규정하는 “난치성질병”은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 파킨슨병	G20
2. 속발성 파킨슨증	G21
3. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22
4. 다발 경화증	G35

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표9)

대상이 되는 악성신생물 분류표

(기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30~C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성흑생종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45~C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60~C63
10. 요로의 악성신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물	C69~C72
12. 갑상샘 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73~C75
13. 불명확한 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

※ 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류에서 제외됩니다.
※ 전암병소, 심장, 수막, 뇌-중추신경계 양성신생물(분류번호 D51.1, D32, D33)은 악성신생물로 분류되지 않으므로 보장되지 않습니다.

(별표10)

보험금 지급시의 부리이율 계산

(제35조 제2항 관련)

■ 진단급여금(약관 제20조 제2호 내지 제6호)

부리기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급이자	약관대출이율

■ 만기축하금(약관 제20조 제1호)

<table>
<tr><td>부리기간</td><td colspan="2">보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간</td></tr>
<tr><td rowspan="2">지급이자</td><td>회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우</td><td>예정이율</td></tr>
<tr><td>회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우</td><td>
<table>
<tr><td>1년이내</td><td>예정이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과 기간</td><td>1%</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

부리기간	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간
지급이자	예정이율 + 1%

부리기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급이자	약관대출이율

■ **해약환급금(약관 제24조 제1항)**

부리기간	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간
지급이자	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%

부리기간	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간
지급이자	예정이율 + 1%

부리기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급이자	약관대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위복리로 계산하며, 약관 제26조(소멸시효)에 의한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 아니합니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 알리안츠종합건강보험
수술보장특약

제1관 보험계약의 성립과 유지

제 1조【특약의 체결 및 효력】
제 2조【피보험자의 범위】
제 3조【특약 내용의 변경】
제 4조【계약자의 임의해지】
제 5조【특약의 보험기간】
제 6조【특약의 소멸】

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7조【보험료의 납입】
제 8조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
제 9조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조【뇌혈관질환의 정의 및 진단확정】
제11조【심장질환의 정의 및 진단확정】
제12조【중증질환의 정의 및 진단확정】
제13조【빈발성질환의 정의 및 진단확정】
제14조【수술의 정의와 장소】
제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
제16조【보험금의 지급에 관한 세부규정】
제17조【해약환급금】

제4관 보험금 지급 등의 절차

제18조【보험금 등 청구시 구비서류】
제19조【보험금 등의 지급】

제5관 기타사항 등

제20조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

무배당 알리안츠종합건강보험
수술보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 효력】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다)
② 이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다.

제 2조【피보험자의 범위】
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 3조【특약 내용의 변경】
① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 배서하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제17조(해약환급금)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4조【계약자의 임의 해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급

합니다.
② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 그 뜻을 배서하여 드립니다.

제 5조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.

제 6조【특약의 소멸】
① 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하거나 피보험자의 사망 등으로 인하여 이 특약의 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
② 피보험자가 사망〔생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항에 준하는 사유 또는 재해분류표(별표2 참조)에서 정하는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다〕 하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7조【보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 8조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입

하지 아니하였을 경우에 회사는 주계약에서 정한 납입최고기간(이하 “납입최고기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제 9조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활】
① 회사는 이 특약의 부활청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.
② 주계약의 부활청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.
③ 특약을 부활하는 경우의 책임개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조【뇌혈관질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “뇌혈관질환 분류표”(별표3 참조)에서 정하는 질병을 말합니다.
② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【심장질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “심장질환”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “심장질환 분류표”(별표4 참조)에서 정하는 질병을 말합니다.
② 심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에

규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제12조【중증질환의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “중증질환”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “중증질환 분류표”(별표5 참조)에서 정하는 질병을 말합니다.

② 중증질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제13조【빈발성질환의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “빈발성질환”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “빈발성질환 분류표”(별표6 참조)에서 정하는 질병을 말합니다.

② 빈발성질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제14조【수술의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 질병 및 재해분류표(별표7 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 별표8(수술 분류표)에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제

(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(이하 "수익자"라 합니다)에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급 기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 심장질환 또는 뇌혈관질환의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 : 심장.뇌혈관질환 수술급여금 지급
2. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 중증질환의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 : 중증질환 수술급여금 지급
3. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 빈발성질환의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 : 빈발성질환 수술급여금 지급
4. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 심장질환, 뇌혈관질환, 중증질환 및 빈발성질환을 제외한 질병 또는 재해의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 : 기타 수술급여금 지급

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

② 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 수술급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다.

제17조【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제18조【보험금 등 청구시 구비서류】

① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망증명서, 수술증명서 등)
3. 보험증권
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제19조【보험금 등의 지급】

① 회사는 제18조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일로부터 7일 이내에 지급지연을 수익자 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 제17조(해약환급금) 제1항의 규정에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 : 1년이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율+1%

제5관 기타사항 등

제20조【 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

① 심장·뇌혈관질환 수술급여금 (약관 제15조 제1호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 심장질환 또는 뇌혈관질환의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
지급 금액	수술 1회당 500만원

② 중증질환 수술급여금 (약관 제15조 제2호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 중증질환의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
지급 금액	수술 1회당 200만원

③ 빈발성질환 수술급여금 (약관 제15조 제3호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 빈발성질환의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
지급 금액	수술 1회당 100만원

④ 기타 수술급여금(약관 제15조 제4호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 심장질환, 뇌혈관질환, 중증질환 및 빈발성질환 이외의 질병 또는 재해의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
지급 금액	수술 1회당 50만원

(별표2)

재해 분류표

무배당 알리안츠종합건강보험 주계약
별표2 “재해 분류표”와 동일

(별표3)

뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 “뇌혈관질환”은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍	I64
6. 대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
7. 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
10. 대뇌혈관 질환의 후유증	I69

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표4)

심장질환 분류표

약관에 규정하는 “심장질환”은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
【급성 류마티스 열】	
1. 심장 침습이 없는 류마티스열	I00
2. 심장 침습이 있는 류마티스열	I01
3. 류마티스성 무도병	I02
【만성 류마티스성 심장 질환】	
4. 류마티스성 승모판 질환	I05
5. 류마티스성 대동맥판 질환	I06
6. 류마티스성 삼첨판 질환	I07
7. 다발성 판막 질환	I08
8. 기타 류마티스성 심장 질환	I09
【허혈성 심장 질환】	
9. 협심증	I20
10. 급성 심근경색증	I21
11. 속발성 심근경색증	I22
12. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
13. 기타 급성 허혈성 심장 질환	I24
14. 만성 허혈성 심장 질환	I25
【폐성 심장 질환 및 폐순환의 질환】	
15. 폐 색전증	I26
16. 기타 폐성 심장 질환	I27
17. 기타 폐혈관의 질환	I28

분류항목	분류번호
【기타 형태의 심장 질환】	
18. 급성 심장막염	I30
19. 기타 심장막의 질환	I31
20. 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
21. 급성 및 아급성 심내막염	I33
22. 비류마티스성 승모판 장애	I34
23. 비류마티스성 대동맥판 장애	I35
24. 비류마티스성 삼첨판 장애	I36
25. 폐동맥판 장애	I37
26. 상세불명 판막의 심내막염	I38
27. 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애	I39
28. 급성 심근염	I40
29. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
30. 심장근육병증	I42
31. 달리 분류된 질환에서의 심장근육병종	I43
32. 심방실 차단 및 좌각 차단	I44
33. 기타 전도 장애	I45
34. 심장정지	I46
35. 발작성 빠른맥	I47
36. 심방 잔떨림 및 된떨림	I48
37. 기타 심장성 부정맥	I49
38. 심장기능상실(심부전)	I50
39. 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
40. 달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표5)

중증질환 분류표

약관에 규정하는 “중증질환”은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분류항목		분류번호
당뇨병	1. 인슐린-의존 당뇨병	E10
	2. 인슐린-비의존 당뇨병	E11
	3. 영양실조와 관련된 당뇨병	E12
	4. 기타 명시된 당뇨병	E13
	5. 상세불명의 당뇨병	E14
고혈압	1. 본태성(원발성) 고혈압	I10
	2. 고혈압성 심장병	I11
	3. 고혈압성 콩팥(신장)병	I12
	4. 고혈압성 심장 및 콩팥(신장)병	I13
	5. 이차 고혈압	I15
추체외로 및 운동장애 일부	1. 파킨슨병	G20
	2. 속발성 파킨슨증	G21
	3. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22
	4. 다발성경화증	G35
간의 질환 일부	1. 알콜올성 간섬유증 및 간경화증	K70.2
	2. 알콜올성 간경화,알콜올성 경화	K70.3
	3. 간의 섬유증 및 경화	K74
콩팥(신장) 기능상실	1. 급성 콩팥(신장) 기능상실	N17
	2. 만성 콩팥(신장) 기능상실	N18
	3. 상세불명의 콩팥(신장) 기능상실	N19
녹내장	1. 녹내장	H40
	2. 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표6)

빈발성질환 분류표

약관에 규정하는 “빈발성질환”은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분류항목		분류번호
결핵	1. 세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
	2. 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
	3. 신경계의 결핵	A17
	4. 기타 장기의 결핵	A18
	5. 속립성 결핵	A19
	6. 결핵의 후유증	B90
바이러스 간염	1. 급성 A형 간염	B15
	2. 급성 B형 간염	B16
	3. 기타 급성 바이러스 간염	B17
	4. 만성 바이러스 간염	B18
	5. 상세불명의 바이러스 간염	B19
갑상샘장애	1. 요오드 결핍과 관련된 갑상샘장애 및 동류의 병태	E01
	2. 준임상적인 요오드 결핍성 갑상샘 기능저하증	E02
	3. 기타 갑상샘 기능저하증	E03
	4. 기타 비중독성 갑상샘종	E04
	5. 갑상샘 중독증(갑상선기능항진증)	E05
	6. 갑상샘염	E06
	7. 갑상샘의 기타 장애	E07
	9. 처치후 갑상샘 기능저하증	E89.0

분류항목		분류번호
수막염	1. 달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
	2. 달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	3. 달리 분류된 기타 감염성 및 기생충성 질환에서의 수막염	G02
	4. 기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
백내장	1. 노년 백내장	H25
	2. 기타 백내장	H26
	3. 기타 내분비, 영양성 및 대사 질환에서의 백내장	H28.1
	4. 달리 분류된 기타 질환에서의 백내장	H28.2
동맥경화증	1. 죽상경화증	I70
폐렴	1. 달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	2. 폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
	3. 헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
	4. 달리 분류되지 않은 세균성폐렴	J15
	5. 달리 분류되지 않은 기타 감염성병원체에 의한 폐렴	J16
	6. 달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	7. 상세불명 병원체의 폐렴	J18

분류항목		분류번호
호흡기질환	1. 급성 기관지염	J20
	2. 급성 세기관지염	J21
	3. 상세불명의 급성 하기도 감염	J22
	4. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	5. 단순성 및 점액농성 만성기관지염	J41
	6. 상세불명의 만성 기관지염	J42
	7. 폐기종	J43
	8. 기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	9. 천식	J45
	10. 천식지속 상태	J46
	11. 기관지확장증	J47
	12. 유기분진에 의한 과민성폐렴	J67
위·십이지장궤양	1. 위궤양	K25
	2. 십이지장궤양	K26
	3. 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
충수염	1. 급성 충수염	K35
	2. 기타 충수염	K36
	3. 상세불명의 충수염	K37
	4. 충수의 기타 질환	K38
간의질환	1. 알코올성 간염	K70.1
	2. 알코올성 간기능상실	K70.4
	3. 상세불명의 알코올성 간질환	K70.9
	4. 독성 간질환	K71
	5. 달리 분류되지 않은 간기능상실	K72
	6. 달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
	7. 기타 염증성 간질환	K75
	8. 간의 기타 질환	K76
	9. 달리 분류된 질환에서의 간장애	K77

분류항목		분류번호
담낭·담도의 장애	1. 담석증	K80
	2. 담낭염	K81
	3. 쓸개(담낭)의 기타 질환	K82
	4. 담도의 기타 질환	K83
	5. 달리 분류된 질환에서의 쓸개(담낭) 및 담도 장애	K87.0
	6. 담낭절제술후 증후군	K91.5
관절염	1. 감염성 관절병증	M00¯M03
	2. 혈청검사 양성인 류마티스 관절염	M05
	3. 기타 류마티스 관절염	M06
	4. 건전성 및 장병증성 관절병증	M07
	5. 청소년성 관절염	M08
	6. 달리 분류된 질환에서의 청소년성 관절염	M09
	7. 기타 결정성 관절병증	M11
	8. 기타 특정 관절병증	M12
	9. 기타관절염	M13
	10. 달리 분류된 질환에서의 관절병증	M14
	11. 관절증	M15¯M19
	12. 무릎뼈의 장애	M22
	13. 무릎의 내 이상	M23
	14. 기타명시된 관절이상	M24
	15. 전신성 홍반성 루푸스	M32
	16. 피부다발 근육염	M33
	18. 전신 경화증	M34
	19. 결합조직의 기타 전신 침습	M35
	20. 달리 분류된 질환에서의 결합조직의 전신 장애	M36

분류항목		분류번호
신염	1. 급성 신염 증후군	N00
	2. 급성 진행성 신염 증후군	N01
	3. 만성 신염 증후군	N03
	4. 신 증후군	N04
	5. 상세불명의 신염 증후군	N05
	6. 달리 분류된 질환에서의 사구체 장애	N08
	7. 급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-사이질성 신염	N12
	8. 진통제 신장병증	N14.0
	9. 기타 약물, 약제 및 생물학적 물질로 인한 신병증	N14.1
	10. 상세불명의 약물, 약제 또는 생물학적 물질로 인한 신장병증	N14.2
	11. 달리 분류되지 않은 중독성 신장병증	N14.4
	12. 발칸신장병증	N15.0
	13. 대사성 질환에서의 신세뇨관-사이질성 장애	N16.3
	14. 콩팥(신장)의 허혈 및 경색증	N28.0
	15. 상세불명의 콩판(신장) 및 요관 장애	N28.9
	16. 달리 분류된 질환에서의 콩판(신장) 및 요관의 기타 장애	N29
요로결석증	1. 신장 및 요관의 결석	N20
	2. 하부 요로의 결석	N21
	3. 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석	N22

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표7)

질병 및 재해 분류표

이 분류는 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 것을 말합니다.

분류항목	분류번호
Ⅰ. 특정 감염성 및 기생충성 질환	A00-B99
Ⅱ. 신생물	C00-D48
Ⅲ. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정 장애	D50-D89
Ⅳ. 내분비, 영양 및 대사 질환	E00-E90
Ⅵ. 신경계통의 질환	G00-G99
Ⅶ. 눈 및 눈 부속기의 질환	H00-H59
Ⅷ. 귀 및 꼭지돌기의 질환	H60-H95
Ⅸ. 순환기계통의 질환	I00-I99
Ⅹ. 호흡기계통의 질환	J00-J99
Ⅺ. 소화기계통의 질환	K00-K93
Ⅻ. 피부 및 피부밑조직의 질환	L00-L99
XIII. 근육골격계통 및 결합조직의 질환	M00-M99
XIV. 비뇨생식기계통의 질환	N00-N99
XV. 임신, 출산 및 산후기	O00-O99
XVI. 출생전후기에 기원한 특정 병태	P00-P96
XVIII. 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	R00-R99
XIX. 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과	S00-T98
XX. 질병이환 및 사망의 외인	V01-Y98
□ 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병	
□ 치료상 부작용을 일으키는 약품, 의약품 및 생물제재에 의한 사고	

(주) 다음 사항은 입원급여금 지급대상에서 제외합니다.

1. 정신장해(심신상실, 정신박약을 포함합니다)로 인하여 입원한 경우
2. 선천적인 장해로 인하여 입원한 경우
3. 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
4. 치의보철과 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
5. 치료를 수반하지 아니하는 건강진단(인간 도-크 검사를 포함합니다), 미용상의 처치, 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우

(별표8)

수술의 종류 및 등급 분류표

수술종류		등급
피부, 유방의 수술 (皮膚, 乳房의 手術)	1. 식피술(植皮術)(25㎠미만은 제외함)	2종
	2. 유방절단술(乳房 切斷術)	2종
근골의 수술 (筋骨의 手術) [발정술(拔釘術)은 제외함]	3. 골이식술(骨移植術)	2종
	4. 골수염, 골결핵 수술(骨髓炎, 骨結核 手術)[농양(膿瘍)의 단순한 절개는 제외함]	2종
	5. 두개골 관혈수술(頭蓋骨 觀血手術) [비골, 비중격(鼻骨, 鼻中隔)은 제외함]	2종
	6. 비골 관혈수술(鼻骨 觀血手術)[비중격만곡증수술(鼻中隔彎曲症手術)은 제외함]	1종
	7. 상악골, 하악골, 악관절 관혈수술(上顎骨, 下顎骨, 顎關節觀血手術)[치, 치육(齒, 齒肉)의 처치에 수반하는 것은 제외함]	2종
	8. 척추, 골반 관혈수술(脊椎, 骨盤 觀血手術)	2종
	9. 쇄골, 견갑골, 늑골, 흉골 관혈수술(鎖骨, 肩胛骨, 肋骨, 胸骨 觀血手術)	1종
	10. 사지절단술(四肢切斷術) [손가락, 발가락은 제외함]	2종
	11. 절단사지재접합술(切斷四肢再接合術) [골, 관절(骨, 關節)의 이단(離斷)에 수반하는 것]	2종

수술종류		등급
근골의 수술 (筋骨의 手術) **[발정술(拔釘術)은 제외함]**	12. 사지골, 사지관절 관혈수술(四肢骨, 四肢關節 觀血手術) [손가락, 발가락은 제외함]	1종
	13. 근, 건, 인대 관혈수술(筋, 腱, 靭帶 觀血手術)[손가락, 발가락은 제외함. 근염, 결절종, 점액종수술 (筋炎, 結節腫, 粘液腫手術)은 제외함]	1종
호흡기, 흉부의 수술 (呼吸器, 胸部의 手術)	14. 만성부비강염근본수술(慢性副鼻腔炎根本手術)	1종
	15. 후두전적제술(喉頭全摘除術)	2종
	16. 기관, 기관지, 폐, 흉막수술(氣管, 氣管支, 肺, 胸膜手術)[개흉술(開胸術)을 수반하는 것]	2종
	17. 흉곽형성술(胸郭形成術)	2종
	18. 종격종양적출술(縱隔腫瘍摘出術)	3종
순환기, 비의 수술 (循環器, 鼻의 手術)	19. 관혈적혈관형성술(觀血的血管形成術)[혈액투석용(血液透析用) Shunt 형성술(形成術)을 제외함]	2종
	20. 정맥류근본수술(靜脈瘤根本手術)	1종
	21. 대동맥, 대정맥, 폐동맥, 관동맥수술(大動脈, 大靜脈, 肺動脈, 冠動脈手術)[개흉, 개복술(開胸, 開腹術)을 수반하는 것]	3종
	22. 심막절개, 봉합술(心膜切開, 縫合術)	2종
	23. 직시하심장내수술(直視下心臟內手術)	3종
	24. 체내용(體內用) Pace maker 매입술(埋込術)	2종
	25. 비적제술(鼻摘除術)	2종

수술종류		등급
소화기의 수술 (消化器의 手術)	26. 이하선종양적출술(耳下腺 腫瘍摘出術)	2종
	27. 악하선종양적출술(顎下腺腫瘍摘出術)	1종
	28. 식도이단술(食道離斷術)	3종
	29. 위절제술(胃切除術)	3종
	30. 기타의 위, 식도수술(胃, 食道手術)[개흉, 개복술(開胸, 開腹術)을 수반하는 것]	2종
	31. 복막염수술(腹膜炎手術)	2종
	32. 간장, 담낭, 담도, 췌장 관혈수술(肝臟, 膽囊, 膽道, 膵臟觀血手術)	2종
	33. 탈장 근본수술(脫腸 根本手術)	1종
	34. 충수절제술, 맹장봉축술(蟲垂切除術, 盲腸縫縮術)	1종
	35. 직장탈근본수술(直腸脫根本手術)	2종
	36. 기타의 장, 장간막수술(腸, 腸間膜手術)[개복술(開腹術)을 수반하는 것]	2종
	37. 치루, 탈항, 치핵근본수술(痔瘻, 脫肛, 痔核根本手術)[근치(根治)를 목적으로 한 것으로 처치, 단순한 치핵(痔核)만의 수술은 제외함]	1종
뇨, 성기의 수술 (尿, 性器 의 手術)	38. 신이식수술(腎移植手術)[수용자(受容者)에 한함]	3종
	39. 신장, 신우, 뇨관, 방광 관혈수술(腎臟, 腎盂, 尿管, 膀胱觀血手術)[경뇨도적 조작(經尿道的 操作)은 제외함]	2종

수술종류		등급
뇨, 성기의 수술 (尿, 性器 의 手術)	40. 뇨도협착 관혈수술(尿道狹窄觀血手術)[경뇨도적 조작(經尿道的 操作)은 제외함]	2종
	41. 뇨루폐쇄 관혈수술(尿瘻閉鎖 觀血手術)[경뇨도적 조작(經尿道的 操作)은 제외함]	2종
	42. 음경절단술(陰莖切斷術)	3종
	43. 고환, 부고환, 정관, 정색, 정낭, 전립선수술(睾丸, 副睾丸, 精管, 精索, 精囊, 前立腺手術)	2종
	44. 음낭수종 근본수술(陰囊水腫 根本手術)	1종
	45. 자궁광범전적제술(子宮廣汎全摘除術)[단순자궁전적(單純子宮全摘) 등의 자궁전적제술(全摘除術)은 제외함]	3종
	46. 자궁경관형성술, 자궁경관봉축술(子宮頸管形成術, 子宮頸管縫縮術)	1종
	47. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	48. 자궁외 임신수술(子宮外 姙娠手術)	2종
	49. 자궁탈, 질탈수술(子宮脫, 膣脫手術)	2종
	50. 기타의 자궁수술(子宮手術)[자궁경관 Polyp절제술, 인공임신중절술(子宮頸管 Polyp 切除術, 人工姙娠中絶術)은 제외함]	2종
	51. 난관, 난소 관혈수술(卵管, 卵巢 觀血手術)[경질적조작(經膣的操作)은 제외함]	2종
	52. 기타의 난관, 난소수술(卵管, 卵巢 手術)	1종

수술종류		등급
내분비기의 수술 (內分泌器의 手術	53. 뇌하수체종양적제술(腦下垂體腫瘍摘除術)	3종
	54. 갑상선수술(甲狀腺手術)	2종
	55. 부신전적제술(副腎全摘除術)	2종
신경의 수술 (神經의 手術)	56. 두개내 관혈수술(頭蓋內 觀血手術)	3종
	57. 신경 관혈수술(神經 觀血手術) [형성술, 이식술, 절제술, 감압술, 개방술, 염제술(形成術, 移植術, 切除術, 減壓術, 開放術, 捻除術)]	2종
	58. 관혈적 척수종양적출수술(觀血的 脊髓腫瘍摘出手術)	3종
	59. 척수경막내외 관혈수술(脊髓硬膜內外 觀血手術)	2종
감각기, 시기의 수술 (感覺器, 視器의 手術)	60. 안검하수증수술(眼瞼下垂症手術)	1종
	61. 누소관형성술(淚小管形成術)	1종
	62. 누낭비강문합술(淚囊鼻腔吻合術)	1종
	63. 결막낭형성술(結膜囊形成術)	1종
	64. 각막이식술(角膜移植術)	1종
	65. 관혈적전방, 홍채, 초자체, 안와내이물제거술(觀血的前房, 虹彩, 硝子體, 眼窩內異物除去術)	1종
	66. 홍채전후유착 박리술(虹彩前後癒着 剝離術)	1종
	67. 녹내장 관혈수술(綠內障 觀血手術)	2종
	68. 백내장, 수정체 관혈수술(白內障, 水晶體 觀血手術)	2종
	69. 초자체 관혈수술(硝子體 觀血手術)	1종
	70. 망막박리증수술(網膜剝離症手術)	1종

수술종류		등급
감각기, 시기의 수술 (感覺器, 視器의 手術)	71. Laser, 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구수술(眼球手術) [시술(施術)개시일부터 60일간 에 1회의 급여를 한도로 함]	1종
	72. 안구적제술, 조직충전술(眼球摘除術, 組織充塡術)	2종
	73. 안와종양적출술(眼窩腫瘍摘出術)	2종
	74. 안근이식술(眼筋移植術)	1종
감각기, 청기의 수술 (感覺器, 聽器의 手術)	75. 관혈적고막, 고실형성술(觀血的鼓膜, 鼓室形成術)	2종
	76. 유양동삭개술(乳樣洞削開術)	1종
	77. 중이근본수술(中耳 根本手術)	2종
	78. 내이관혈수술(內耳 觀血手術)	2종
	79. 청신경종양 적출술(聽神經腫瘍 摘出術)	3종
악성신생물의 수술 (惡性新生物의 手術)	80. 악성신생물근치수술(惡性新 生物 根治手術)	3종
	81. 악성신생물 온열료법(惡性新生物 溫熱療法) [시술(施術)개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	1종
	82. 기타의 악성신생물수술(惡性新生物 手術)	2종
상기 이외의 수술 (上記 以外의 手術)	83. 상기 이외의 개두술(開頭術)	2종
	84. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	2종
	85. 상기 이외의 개복술(開腹術)	1종
	86. 충격파(衝擊波)에 의한 체내결석파쇄술(體內結石破碎術) [시술(施術)개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종

수술종류		등급
상기 이외의 수술 (上記 以外의 手術)	87. Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter에 의한 뇌, 후두, 흉부, 복부 장기수술 (腦, 喉頭, 胸部, 腹部 臟器 手術) [검사, 처치는 포함하지 않음. 시술(施術)개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	1종
신생물근치 방사선조사 (新生物根治放射線照射)	88. 신생물근치 방사선조사(新生物根治放射線照射)[5,000Rad 이상의 조사(照射)로 시술(施術) 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	1종

※ 상기 「수술의 종류 및 등급분류표」상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 치료기법으로 시술한 경우 「수술의 종류 및 등급분류표」상의 동일부위 수술로 봅니다.

(비고)

1. 치료를 직접목적으로 한 수술
"치료를 직접목적으로 한 수술"이란 치료를 위한 수술을 말하며, 예를 들어 미용성형수술, 질병을 직접원인으로 하지 않은 불임수술 또는 제왕절개수술, 충수의 예방적수술 등은 해당되지 아니합니다.

2. 개두술
"개두술"이란 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.

3. 개흉술
"개흉술"이란 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉술에 준하는 것으로서 늑골, 흉골의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.

4. 개복술
"개복술"이란 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 아니합니다.

무배당 알리안츠종합건강보험
암수술보장특약

제1관 보험계약의 성립과 유지

제 1조【특약의 체결 및 효력】
제 2조【피보험자의 범위】
제 3조【특약의 무효】
제 4조【특약 내용의 변경】
제 5조【계약자의 임의해지】
제 6조【특약의 보험기간】
제 7조【특약의 소멸】

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8조【보험료의 납입】
제 9조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
제10조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제11조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
제12조【상피내암의 정의 및 진단확정】
제13조【경계성종양의 정의 및 진단확정】
제14조【수술의 정의와 장소】
제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
제16조【보험금의 지급에 관한 세부규정】
제17조【해약환급금】

제4관 보험금 지급 등의 절차

제18조【보험금 등 청구시 구비서류】
제19조【보험금 등의 지급】

제5관 기타사항 등

제20조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

무배당 알리안츠종합건강보험
암수술보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 효력】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

② 이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다. 다만, 제11조(암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 책임개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암보장책임개시일”이라 합니다)로 하며 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 책임을 집니다.

제 2조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제3조【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우.
2. 만15세미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
3. 피보험자가 이 특약의 계약일부터 암보장책임개시일의 전일 이전에 제11조(암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정)에서 정하는 암으로 진단확정

되어 있는 경우

제 4조【특약 내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 배서하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제17조(해약환급금)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5조【계약자의 임의 해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 그 뜻을 배서하여 드립니다.

제 6조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.

제 7조【특약의 소멸】

① 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하거나 피보험자의 사망 등으로 인하여 이 특약의 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

② 피보험자가 사망〔생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항에 준하는 사

유 또는 재해분류표(별표2 참조)에서 정하는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다] 하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8조【보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 9조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에 회사는 주계약에서 정한 납입최고기간(이하 "납입최고기간" 이라 합니다)이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제 10조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활】
① 회사는 이 특약의 부활청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.
② 주계약의 부활청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.
③ 특약을 부활하는 경우의 책임개시일은 제1조(특약

의 체결 및 효력) 제2항의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제11조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)”(별표3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류표 중 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “암” 또는 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【상피내암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “상피내의 신생물 분류표”(별표4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 상피내암의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “상피내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【경계성종양의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중“행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표”(별표5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조【수술의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사자격을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외합니다.

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(이하 “수익자”라 합니다)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표”참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 암보장책임개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접 목적으로 하여 수술을 받았을 때 : 암수술급여금 지급
2. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 기타피부암으로 진단이 확정되고 그 기타피부암의 치료를 직접 목적으로 하여 수술을 받았을 때 : 기타피부암 수술급여금 지급
3. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 상피내암으로 진단이 확정되고 그 상피내암의 치료를 직접 목적으로 하여 수술을 받았을 때 : 상피내암 수술급여금 지급
4. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 경계성 종양의 치료를 직접 목적으로 하여 수술을 받았을 때 : 경계성종양 수술급여금 지급

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

② 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 수술급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다.

제17조【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자

에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제18조【보험금 등 청구시 구비서류】

① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망증명서, 수술증명서 등)
3. 보험증권
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제19조【보험금 등의 지급】

① 회사는 제18조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일로부터 7일 이내에 지급지연을 수익자 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 제17조(해약환급금) 제1항의 규정에 의한 해약환급

금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 : 1년이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율+1%

제5관 기타사항 등

제20조【 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

① 암 수술급여금 (약관 제15조 제1호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 암보장책임개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때
지급 금액	최초 수술시 : 450만원 2회 이후 수술시 : 1회당 50만원

② 기타피부암 수술급여금 (약관 제15조 제2호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 기타피부암으로 진단이 확정되고 그 기타피부암의 치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때
지급 금액	1회당 50만원

③ 상피내암 수술급여금 (약관 제15조 제3호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 상피내암으로 진단이 확정되고 그 상피내암의 치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때
지급 금액	1회당 50만원

④ 경계성종양 수술급여금 (약관 제15조 제4호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 경계성종양의 치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때
지급 금액	1회당 50만원

(별표2)

재해 분류표

무배당 알리안츠종합건강보험 주계약
별표2 “재해 분류표”와 동일

(별표3)

대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암 제외)

무배당 알리안츠종합건강보험 주계약
별표9 “대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)”와 동일

(별표4)

상피내의 신생물 분류표

무배당 알리안츠종합건강보험 암진단보장특약
별표4 “상피내의 신생물 분류표”와 동일

(별표5)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

무배당 알리안츠종합건강보험 암진단보장특약
별표5 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표”와 동일

무배당 알리안츠종합건강보험
암입원보장특약

제1관 보험계약의 성립과 유지

제 1조【특약의 체결 및 효력】
제 2조【피보험자의 범위】
제 3조【특약의 무효】
제 4조【특약 내용의 변경】
제 5조【계약자의 임의해지】
제 6조【특약의 보험기간】
제 7조【특약의 소멸】

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8조【보험료의 납입】
제 9조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
제10조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제11조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
제12조【상피내암의 정의 및 진단확정】
제13조【경계성종양의 정의 및 진단확정】
제14조【입원 및 수술의 정의와 장소】
제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
제16조【보험금의 지급에 관한 세부규정】
제17조【해약환급금】

제4관 보험금 지급 등의 절차

제18조【보험금 등 청구시 구비서류】
제19조【보험금 등의 지급】

제5관 기타사항 등

제20조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

무배당 알리안츠종합건강보험
암입원보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 효력】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

② 이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다. 다만, 제11조(암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 책임개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암보장책임개시일”이라 합니다)로 하며 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 책임을 집니다.

제 2조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제3조【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우.
2. 만15세미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
3. 피보험자가 이 특약의 계약일부터 암보장책임개시일의 전일 이전에 제11조(암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정)에서 정하는 암으로 진단확정

되어 있는 경우

제 4조【특약 내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 배서하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제17조(해약환급금)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5조【계약자의 임의 해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 그 뜻을 배서하여 드립니다.

제 6조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.

제 7조【특약의 소멸】

① 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하거나 피보험자의 사망 등으로 인하여 이 특약의 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

② 피보험자가 사망〔생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항에 준하는 사

유 또는 재해분류표(별표2 참조)에서 정하는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다] 하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8조【보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 9조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에 회사는 주계약에서 정한 납입최고기간(이하 "납입최고기간" 이라 합니다)이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제 10조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활】
① 회사는 이 특약의 부활청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.
② 주계약의 부활청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.
③ 특약을 부활하는 경우의 책임개시일은 제1조(특약

의 체결 및 효력) 제2항의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제11조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “대상이 되는 악성신생물 분류표(기타 피부암 제외)”(별표3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “암” 또는 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【상피내암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “상피내의 신생물 분류표”(별표4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 상피내암의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “상피내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【경계성종양의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표”(별표5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조【입원의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(이하 “수익자”라 합니다)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급 기준표”참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 암보장책임개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 암 입원급여금 지급
2. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 기타피부암으로 진단이 확정되고 그 기타피부암의 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 기타피부암 입원급여금 지급
3. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 상피내암으로 진단이 확정되고 그 상피내암의 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 상피내암 입원급여금 지급
4. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 경계성종양의 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 경계성종양 입원급여금 지급

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

② 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입원급여금 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

③ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 피보험자가 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)의

입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.
⑤ 제4항에서 계속 중인 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 말합니다.
⑥ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 중인 입원으로 봅니다.
⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 입원금여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제17조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제18조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망증명서, 입원확인서 등)
3. 보험증권
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서는

의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제19조【보험금 등의 지급】

① 회사는 제18조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일로부터 7일 이내에 지급지연을 수익자 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 제17조(해약환급금) 제1항의 규정에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 : 1년이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율+1%

제5관 기타사항 등

제20조【 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

① 암 입원급여금(약관 제15조 제1호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 암보장책임개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때
지급 금액	3일초과 입원일수 1일당 4만원

② 기타피부암 입원급여금(약관 제15조 제2호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 기타피부암으로 진단이 확정되고 그 기타피부암의 치료를 직접목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원하였을 때
지급 금액	3일초과 입원일수 1일당 1만원

③ 상피내암 입원급여금(약관 제15조 제3호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 상피내암으로 진단이 확정되고 그 상피내암의 치료를 직접목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원하였을 때
지급 금액	3일초과 입원일수 1일당 1만원

④ 경계성종양 입원급여금(약관 제15조 제4호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 경계성종양의 치료를 직접목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원하였을 때
지급 금액	3일초과 입원일수 1일당 1만원

(별표2)

재해 분류표

무배당 알리안츠종합건강보험 주계약
별표2 “재해 분류표”와 동일

(별표3)

대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암 제외)

무배당 알리안츠종합건강보험 주계약
별표9 “대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)”와 동일

(별표4)

상피내의 신생물 분류표

무배당 알리안츠종합건강보험 암진단보장특약
별표4 “상피내의 신생물 분류표”와 동일

(별표5)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

무배당 알리안츠종합건강보험 암진단보장특약
별표5 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표”와 동일

무배당 알리안츠종합건강보험
암진단보장특약

제1관 보험계약의 성립과 유지

제 1조【특약의 체결 및 효력】
제 2조【피보험자의 범위】
제 3조【특약의 무효】
제 4조【특약 내용의 변경】
제 5조【계약자의 임의해지】
제 6조【특약의 보험기간】
제 7조【특약의 소멸】

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8조【보험료의 납입】
제 9조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
제10조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제11조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
제12조【상피내암의 정의 및 진단확정】
제13조【경계성종양의 정의 및 진단확정】
제14조【보험금의 종류 및 지급사유】
제15조【보험금의 지급에 관한 세부규정】
제16조【해약환급금】

제4관 보험금 지급 등의 절차

제17조【보험금 등 청구시 구비서류】
제18조【보험금 등의 지급】

제5관 기타사항 등

제19조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

무배당 알리안츠종합건강보험
암진단보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 효력】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

② 이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다. 다만, 제11조(암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 책임개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암보장책임개시일”이라 합니다)로 하며 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 책임을 집니다.

제 2조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제3조【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우.
2. 만15세미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
3. 피보험자가 이 특약의 계약일부터 암보장책임개시일의 전일 이전에 제11조(암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정)에서 정하는 암으로 진단확정

되어 있는 경우

제 4조【특약 내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 배서하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제16조(해약환급금)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5조【계약자의 임의 해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제16조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 그 뜻을 배서하여 드립니다.

제 6조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.

제 7조【특약의 소멸】

① 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하거나 피보험자의 사망 등으로 인하여 이 특약의 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

② 피보험자가 사망〔생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항에 준하는 사

유 또는 재해분류표(별표2 참조)에서 정하는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다] 하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8조【보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 9조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에 회사는 주계약에서 정한 납입최고기간(이하 "납입최고기간" 이라 합니다)이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제 10조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활】
① 회사는 이 특약의 부활청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.
② 주계약의 부활청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.
③ 특약을 부활하는 경우의 책임개시일은 제1조(특약

의 체결 및 효력) 제2항의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제11조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “대상이 되는 악성신생물 분류표(기타 피부암 제외)”(별표3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “암” 또는 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【상피내암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “상피내의 신생물 분류표”(별표4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 상피내암의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “상피내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【경계성종양의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표”(별표5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(이하 “수익자”라 합니다)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급 기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 : 만기축하금 지급(만기환급형에 한함)
2. 피보험자가 보험기간 중 암보장책임개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되었을 때 : 암 진단급여금 지급(최초 1회에 한함)
3. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 : 기타피부암 진단급여금 지급(최초 1회에 한함)

4. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 상피내암으로 진단이 확정되었을 때 : 상피내암 진단급여금 지급(최초 1회에 한함)
5. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 : 경계성종양 진단급여금 지급(최초 1회에 한함)

제15조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

② 피보험자가 사망하고 그 후에 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 암 진단급여금을 지급합니다. 다만, 암보장책임개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

제16조【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제17조【보험금 등 청구시 구비서류】

① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 암진단서, 기타피부암진단서, 상피내암진단서, 경계성종양진단서 등)
3. 보험증권

4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제18조【보험금 등의 지급】

① 회사는 제17조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에 해당하는 만기축하금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 수익자에게 알려드리며, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자계산은 별표6(보험금 지급시의 부리이율 계산)과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제19조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

(기준 : 특약보험가입금액 2,500만원)

① 만기축하금(약관 제14조 제1호)

지급 사유	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	
지급 금액	만기환급형	이미 납입한 보험료의 100%
	순수보장형	-

② 암진단급여금(약관 제14조 제2호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 암보장책임개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회에 한함)	
지급 금액	경과기간 1년 미만	2,500만원
	경과기간 1년 이상	5,000만원

③ 기타피부암 진단급여금(약관 제14조 제3호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회에 한함)	
지급 금액	경과기간 1년 미만	250만원
	경과기간 1년 이상	500만원

④ 상피내암 진단급여금(약관 제14조 제4호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 상피내암으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회에 한함)	
지급 금액	경과기간 1년 미만	250만원
	경과기간 1년 이상	500만원

⑤ 경계성종양 진단급여금(약관 제14조 제5호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회에 한함)	
지급 금액	경과기간 1년 미만	500만원
	경과기간 1년 이상	1,000만원

(주) 경과기간은 계약일을 기산일로 합니다.

(별표2)

재해 분류표

무배당 알리안츠종합건강보험 주계약
별표2 “재해 분류표”와 동일

(별표3)

대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암 제외)

무배당 알리안츠종합건강보험 주계약
별표9 “대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)”와 동일

(별표4)

상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 "상피내암" 은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

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

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표5)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 진성 적혈구 증다증	D45
10. 골수 형성이상 증후군	D46
11. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47
12. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표6)

보험금 지급시의 부리이율 계산

(제18조 제2항 관련)

■ 진단급여금(약관 제14조 제2호 내지 제5호)

부리기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급이자	약관대출이율

■ 만기축하금(약관 제14조 제1호)

부리기간	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간		
지급이자	회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	예정이율	
	회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	1년이내	예정이율의 50%
		1년초과기간	1%

부리기간	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간
지급이자	예정이율 + 1%

부리기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급이자	약관대출이율

■ **해약환급금(약관 제16조 제1항)**

부리기간	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간
지급이자	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%

부리기간	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간
지급이자	예정이율 + 1%

부리기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급이자	약관대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 아니합니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 알리안츠종합건강보험
입원보장특약

제1관 보험계약의 성립과 유지

제 1조【특약의 체결 및 효력】
제 2조【피보험자의 범위】
제 3조【특약 내용의 변경】
제 4조【계약자의 임의해지】
제 5조【특약의 보험기간】
제 6조【특약의 소멸】

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7조【보험료의 납입】
제 8조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
제 9조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조【뇌혈관질환의 정의 및 진단확정】
제11조【심장질환의 정의 및 진단확정】
제12조【중증질환의 정의 및 진단확정】
제13조【빈발성질환의 정의 및 진단확정】
제14조【입원의 정의와 장소】
제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
제16조【보험금의 지급에 관한 세부규정】
제17조【해약환급금】

제4관 보험금 지급 등의 절차

제18조【보험금 등 청구시 구비서류】
제19조【보험금 등의 지급】

제5관 기타사항 등

제20조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

무배당 알리안츠종합건강보험
입원보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 효력】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다)
② 이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다.

제 2조【피보험자의 범위】
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 3조【특약 내용의 변경】
① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 배서하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제17조(해약환급금)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4조【계약자의 임의 해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급

합니다.
② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 그 뜻을 배서하여 드립니다.

제 5조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.

제 6조【특약의 소멸】
① 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하거나 피보험자의 사망 등으로 인하여 이 특약의 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
② 피보험자가 사망〔생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항에 준하는 사유 또는 재해분류표(별표2 참조)에서 정하는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다〕 하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7조【보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 8조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입

하지 아니하였을 경우에 회사는 주계약에서 정한 납입최고기간(이하 “납입최고기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제 9조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활】
① 회사는 이 특약의 부활청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.
② 주계약의 부활청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.
③ 특약을 부활하는 경우의 책임개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조【뇌혈관질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “뇌혈관질환 분류표”(별표3 참조)에서 정하는 질병을 말합니다.
② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【심장질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “심장질환”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “심장질환 분류표”(별표4 참조)에서 정하는 질병을 말합니다.
② 심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에

규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제12조【중증질환의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “중증질환”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “중증질환 분류표”(별표5 참조)에서 정하는 질병을 말합니다.

② 중증질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제13조【빈발성질환의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “빈발성질환”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 “빈발성질환 분류표”(별표6 참조)에서 정하는 질병을 말합니다.

② 빈발성질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제14조【입원의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 질병 및 재해 분류표(별표7 참조)에서 정한 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(이하 “수익자”라 합니다)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급 기준표”참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 심장질환 또는 뇌혈관질환의 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 심장.뇌혈관질환 입원급여금 지급
2. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 중증질환의 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 중증질환 입원급여금 지급
3. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 빈발성질환의 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 빈발성질환 입원급여금 지급
4. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 심장질환, 뇌혈관질환, 중증질환 및 빈발성질환을 제외한 질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 기타 입원급여금 지급

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

② 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

③ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급여금의 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 피보험자가 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)의

입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.
⑤ 제4항에서 계속 중인 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 말합니다.
⑥ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 중인 입원으로 봅니다.
⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 입원금여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제17조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제18조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망증명서, 입원확인서 등)
3. 보험증권
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서는

의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제19조【보험금 등의 지급】

① 회사는 제18조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일로부터 7일 이내에 지급지연을 수익자 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 제17조(해약환급금) 제1항의 규정에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 : 1년이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율+1%

제5관 기타사항 등

제20조【 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

① 심장·뇌혈관질환 입원급여금(약관 제15조 제1호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 심장질환 또는 뇌혈관질환의 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때
지급 금액	3일초과 입원일수 1일당 5만원

② 중증질환 입원급여금(약관 제15조 제2호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 중증질환의 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때
지급 금액	3일초과 입원일수 1일당 3만원

③ 빈발성질환 입원급여금(약관 제15조 제3호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 빈발성질환의 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때
지급 금액	3일초과 입원일수 1일당 2만원

④ 기타 입원급여금(약관 제15조 제4호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 심장질환, 뇌혈관질환, 중증질환 및 빈발성질환 이외의 질병 또는 재해의 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때
지급 금액	3일초과 입원일수 1일당 1만원

(별표2)

재해 분류표

무배당 알리안츠종합건강보험 주계약
별표2 “재해 분류표”와 동일

(별표3)

뇌혈관질환 분류표

무배당 알리안츠종합건강보험 수술보장특약
별표3 “뇌혈관질환 분류표”와 동일

(별표4)

심장질환 분류표

무배당 알리안츠종합건강보험 수술보장특약
별표4 “심장질환 분류표”와 동일

(별표5)

중증질환 분류표

무배당 알리안츠종합건강보험 수술보장특약
별표5 “중증질환 분류표”와 동일

(별표6)

빈발성질환 분류표

무배당 알리안츠종합건강보험 수술보장특약
별표6 “빈발성질환 분류표”와 동일

(별표7)

질병 및 재해 분류표

무배당 알리안츠종합건강보험 수술보장특약
별표7 “질병 및 재해 분류표”와 동일

무배당 신정기특약 약관

무배당 신정기특약 약관

제1관 특약의 성립 및 유지

제 1조【특약의 체결 및 효력】
제 2조【피보험자의 범위】
제 3조【특약의 무효】
제 4조【특약내용의 변경】
제 5조【종신보험으로의 전환】
제 6조【계약자의 임의해지】
제 7조【특약의 보험기간】
제 8조【특약의 소멸】

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 9조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】
제10조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
제11조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제12조【보험금의 종류 및 지급사유】
제13조【보험금 지급에 관한 세부규정】
제14조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
제15조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
제16조【해약환급금】

제4관 보험가입시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제17조【계약전 알릴의무 위반의 효과】

제5관 보험금 지급 등의 절차

제18조【보험금등 청구시 구비서류】

제19조【보험금 등의 지급】

제6관 기타사항

제20조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

무배당 신정기특약 약관

제1관 특약의 성립 및 유지

제 1조【특약의 체결 및 효력】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 보험회사가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 “주된 보험계약”은 “주계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사” 라 합니다)
② 제1항의 규정에 불구하고 주계약의 책임개시일 이후에 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다. 그러나, 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약보험료를 받은 때(자동이체 납입의 경우에는 제1회 보험료가 자동이체로 납입된 때, 신용카드 납입의 경우에는 제1회 보험료의 매출이 승인될 때)부터 이 특약이 정한 바에 따라 책임을 집니다.

제 2조【피보험자의 범위】
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다. 단, 연생보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자는 주계약의 계약자 또는 주피보험자(주계약의 계약자와 주피보험자가 상이할 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제 3조【특약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우

2. 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우

제 4조【특약내용의 변경】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 배서하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제16조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제 5조【종신보험으로의 전환】

① 계약자는 특약의 보험기간이 만료되기 전 이 특약의 피보험자가 보험가입적격자인지 여부에 관계없이 이 특약을 종신보험으로 변경(이하 “전환”이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 전환 후 계약의 계약보험가입금액은 전환전 특약의 보험가입금액의 한도로 합니다.

② 제 1항의 규정에도 불구하고, 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 전환할 수 없습니다.

1. 피보험자의 장해로 인하여 보험료 납입이 면제된 경우
2. 특약의 보험기간 만료전 2년 이내의 경우
3. 전환시점의 피보험자의 연령이 전환 계약의 가입연령을 초과하는 경우

③ 전환후 계약의 보험료는 전환일 현재 피보험자의 연령에 의하여 계산합니다.

④ 전환후 계약은 전환후 계약의 약관 및 보험료율이 적용됩니다.

제 6조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제16조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 회사는 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 7조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 8조【특약의 소멸】
① 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 피보험자가 사망하거나 장해등급분류표(별표3 참조) 중 제1급의 장해 상태가 되었을 때에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
② 제1항에도 불구하고 제1급 장해시 주계약이 소멸되지 아니하는 경우에는 이 특약도 주계약에 따라 소멸되지 아니합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 9조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】
① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제10조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납

입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 납입최고기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 납입최고기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제11조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활】
① 회사는 이 특약의 부활 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.
② 주계약의 부활청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.
③ 특약을 부활하는 경우의 책임개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제3항의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제12조【보험금의 종류 및 지급사유】
회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 장해등급분류표 중 제1급의 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(이하 “수익자”라 합니다)에게 사망보험금(별표1“보험금지급기준표”참조)을 지급합니다.

제13조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우와 피보험자가 장해등급분류표 중 제 2급 내지 제3급의 장해상태가 되었을 때에는 차회 이 후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제12조(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는

재해분류표(별표2 참조)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
③ 제12조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해상태의 등급이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해상태의 등급으로 결정합니다.
④ 제 3항에 의하여 장해상태의 등급이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일로부터 2년이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 장해등급을 결정합니다.

제14조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 회사는 다음중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
그러나 피보험자가 정신질환상태에서 자신을 해친 경우와 특약의 책임개시일(부활계약의 경우는 부활청약일)로부터 2년이 경과된 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 제1급의 장해상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 회사가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 받은 보험료를 돌려드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금

에 해당하는 해약환급금을 드립니다.

3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 받은 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제15조【전쟁 , 기타 변란시의 보험금】

회사는 피보험자가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 제12조(보험금의 종류 및 지급사유)의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제16조【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험가입시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제17조【계약전 알릴의무 위반의 효과】

회사는 계약자 또는 피보험자가 계약전 알릴의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 이 경우 회사는 해약환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제18조【보험금등 청구시 구비서류】

① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
3. 보험증권

4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타, 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제19조【보험금 등의 지급】

① 회사는 제18조(보험금등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 보험료의 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10일 이내에 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일로부터 7일 이내에 지급지연을 수익자 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 제16조(해약환급금) 제1항의 규정에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 : 1년이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율+1%

제6관 기타사항

제20조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

◆ 사망보험금(약관 제12조)

지 급 사 유	지 급 액
특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 장해등급분류표 중 제1급의 장해상태가 되었을 때	1,000만원

(별표2)

재 해 분 류 표

무배당 알리안츠종합건강보험 주계약
별표2 “재해 분류표”와 동일

(별표3)

장 해 등 급 분 류 표

무배당 알리안츠종합건강보험 주계약
별표3 “장해등급 분류표”와 동일

무배당 입원보장특약

제1관 보험계약의 성립과 유지

제 1조【특약의 체결 및 효력】
제 2조【피보험자의 범위】
제 3조【특약내용의 변경】
제 4조【계약자의 임의해지】
제 5조【특약의 보험기간】
제 6조【특약의 소멸】

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】
제 8조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
제 9조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조【입원의 정의와 장소】
제11조【보험금의 종류 및 지급사유】
제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】
제13조【해약환급금】

제4관 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등 청구시 구비서류】
제15조【보험금 등의 지급】

제5관 기타사항

제16조【특약의 갱신】
제17조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

무배당 입원보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립 및 유지

제 1조【특약의 체결 및 효력】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 보험회사가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 주계약의 책임개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다. 그러나, 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약보험료를 받은 때(자동이체 납입의 경우에는 제1회 보험료가 자동이체로 납입된 때, 신용카드 납입의 경우에는 제1회 보험료의 매출이 승인될 때)부터 이 특약이 정한 바에 따라 책임을 집니다.

제 2조【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 단생보험일 때에는 주계약의 피보험자로, 주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다.
2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자(주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자)의 특약 체결 시 호적상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자(주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금

을 계약자에게 지급하여 드립니다. 다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외합니다.
③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자(주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 주피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
④ 배우자형의 경우 제2항의 규정에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면의 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제 3조【특약 내용의 변경】
① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 배서하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 입원급여금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4조【계약자의 임의 해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 그 뜻을 배서하여 드립니다.

제 5조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사 소정의 범위내에서 정합니다.

제 6조【특약의 소멸】
① 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
1. 본인형의 경우 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 주계약의 약관에서 정한 계약의 소멸에 해당하는 사유(사망 등)가 이 특약의 피보험자에게 발생한 경우

② 제1항에도 불구하고 주계약이 사망 또는 제1급장해 이외의 보험금지급사유로 인하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약은 소멸되지 아니합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】
① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 8조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에 회사는 주계약에서 정한 납입최고기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 납입최고기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해

약환급금을 지급합니다.

제 9조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활】
① 회사는 이 특약의 부활청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.
② 주계약의 부활청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.
③ 특약을 부활하는 경우의 책임개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제3항의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병 및 재해 분류표(별표2 참조)에서 정한 질병 또는 재해(이하 "질병 또는 재해"라 합니다)로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금의 종류 및 지급사유】
회사는 피보험자가 특약의 보험기간 중 발생한 질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 보험수익자(이하 "수익자"라 합니다)에게 약정한 입원급여금(별표1 "보험금 지급 기

준표" 참조)을 지급합니다.

제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

② 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

③ 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급여금의 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 피보험자가 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.

⑤ 계속 중인 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

⑥ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 중인 입원으로 봅니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 입원금여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등 청구시 구비서류】

① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입원확인서 등)
3. 보험증권
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조【보험금 등의 지급】

① 회사는 제14조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3일 이내에 입원급여금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 입원급여금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일 내에 입원급여금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일로부터 7일 이내에 지급지연을 수익자 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 약관대출이율을 연단위복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 제13조(해약환급금) 제1항의 규정에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일

까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%

2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율+1%

제5관 기타사항 등

제16조【특약의 갱신】

① 이 특약은 주계약이 갱신되는 계약에 한하여, 계약자가 보험료납입기일(갱신 전 계약의 보험료납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 자동갱신 되는 것으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신하지 아니합니다.

1. 계약자가 보험기간 종료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 이 특약의 최초계약일부터 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 기간에 질병으로 인한 입원급여금의 누적 지급일수의 합계가 730일을 초과하여 회사가 보험기간 종료일 30일 전까지 갱신할 수 없다는 서면통지를 한 경우
3. 갱신된 특약의 보험기간 종료일이 피보험자의 연령이 70세가 되는 날을 초과하는 경우

③ 이 특약이 금융감독위원회의 인가를 얻어 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 내용으로 갱신되며 이 경우 변경된 내용을 보험기간 종료일 30일 전까지 알려 드립니다.

④ 이 특약이 갱신된 경우의 책임개시일은 이 특약의 갱신일로 합니다.

⑤ 이 특약이 갱신된 경우 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하는 입원일수 산정은 계약이 계속되는 것으로 하여 적용합니다.

⑥ 이 특약의 갱신시 적용하는 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 연령에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다.

제17조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】
① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000만원]

■ **입원급여금(약관 제11조)**

지급 사유	피보험자가 특약의 보험기간 중 발생한 질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (3일 초과 입원일수 1일당)
지급 금액	1만원

(별표2)

질병 및 재해 분류표

무배당 알리안츠종합건강보험 수술보장특약
별표7 “질병 및 재해 분류표”와 동일

단체취급특약

단체취급특약 약관

제１조【단체취급특약의 적용범위】
제２조【대표자의 선정】
제３조【보험요율의 적용】
제４조【보험료의 납입】
제５조【단체취급특약의 소멸】
제６조【보통보험 약관의 준용】

단체취급특약 약관

제１조【단체취급특약의 적용범위】
이 단체취급 특별협약(이하 “단체취급특약” 이라 합니다) 은 보통보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 특약을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 다음과 같은 조건을 만족하는 보통보험계약에 한하여 적용합니다.

1. 보통보험계약의 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다) 또는 피보험자가 다음 중 한가지의 단체에 소속되어야 합니다.
   가. 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합등 5인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.
   나.비영리법인단체 또는 동업자단체(변호사회, 의사회 등)로서 5인이상의 구성원이 있는 단체
2. 단체취급특약의 적용을 받는 인원수는 동일단체(이하 “단체”라 합니다)에 소속한 보통보험 계약의 계약자수 또는 단체의 대표자를 계약자로 하고 단체소속원을 피보험자로 하는 보통보험계약의 피보험자수가 5인 이상이어야 합니다.

제２조【대표자의 선정】
대표자는 단체의 대표자 또는 직책상 대표자를 대리할 수 있는 자로 합니다.

제３조【보험요율의 적용】
이 단체취급특약이 부가된 경우에는 사업방법서에서 정한 바에 따라 계산된 단체취급 보험요율을 적용합니다.

제４조【보험료의 납입】
① 보험료는 단체와 우리회사(이하 “ 회사 ” 라 합니다)

가 정한 날에 대표자가 일괄하여 납입하여야 합니다.
② 회사는 납입보험료에 대한 영수증을 대표자에게 교부합니다. 다만, 단체의 요구가 있을 경우에는 개별영수증을 발행할 수 있습니다.

제５조【단체취급특약의 소멸】
① 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 때에 이 단체취급특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며 보통보험약관의 규정을 장래에 향하여 적용합니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 소속단체를 탈퇴 하였을 때
2. 보험료를 일괄하여 납입하지 아니하였을 때
   다만, 보험료 납입방법을 자동이체로 전환하여 보험료가 입금되었을 때는 일괄납입으로 간주합니다.
3. 제1조(단체취급특약의 적용범위)에 정한 단체의 보험료 납입 인원수가 5명 미만으로 되고 그 후 6개월이 지나고도 5명 이상이 되지 아니하였을 때

② 제1항 제1호 또는 제2호의 경우에는 당해 계약자 또는 피보험자에 대하여, 제3호의 경우에는 단체취급계약 전부에 대하여 이 단체취급특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
③ 제1항의 규정에 의하여 이 단체취급특약이 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 경우 차회 이후의 보험료는 보통보험계약에 의한 보험료를 납입하여야 합니다.

제６조【보통보험 약관의 준용】
이 단체취급특약에 별도로 정하지 아니한 사항은 보통보험 약관의 규정을 따릅니다.