

◆◆ 목 차 ◆◆

◆ 보험안내서	1
◆ 보험약관	
• 무배당 알리안츠정기보험 II 약관	21
• 무배당 신재해장해보장특약	67
• 무배당 재해사망보장특약	77
• 무배당 수술보장특약	87
• 무배당 입원보장특약	107
• 무배당 건강보장특약	119
• 무배당 의료비보장특약(갱신형)-1종(종합보장형) ..	133
• 무배당 의료비보장특약(갱신형)-2종(질병보장형) ..	149
• 무배당 암치료보장특약III	165
• 무배당 암진단특약III	183
• 특별조건부특약	199
• 특별조건부인수특약	203
• 선지급서비스특약	211
• 단체취급특약	219
◆ 신체부위의 설명도	223

보 험 안 내 서

※ 이 안내서는 생명보험에 대해 폭넓은 이해와 올바른 보험상품 선택에 도움을 드리기 위해 금융감독원 보험업감독업무시행세칙과 생명보험협회에서 정하는 생명보험상품통일공시기준에 따라 표준화된 양식으로 작성된 것입니다.

우리회사의 인터넷홈페이지(www.allianzlife.co.kr)를 통해 생명보험의 일반적인 사항 및 판매상품의 보장내용 등을 확인할 수 있습니다.

보험안내서는 보험소비자가 경제적 여건과 필요한 보장을 고려하여 가장 적합한 생명보험상품을 가입하는데 도움을 드리며, 이미 보험을 가입하신 분께는 향후 누릴 수 있는 각종 보장과 혜택, 계약유지과정상 유의하여야 할 점등을 다시 한 번 확인해 볼 수 있는 기회를 제공할 것입니다.

생명보험은 그동안 보험소비자가 각종 위험에 대처하고 풍요로운 미래를 준비할 수 있도록 최선을 다해 왔습니다. 앞으로도 우리 알리안츠생명보험주식회사의 전 임직원은 귀하의 장래에 닥칠 수 있는 각종 다양한 위험을 보장하고, 안정된 노후를 준비할 수 있는 경제적 수단으로서 생명보험의 역할을 충실히 수행할 것을 약속드립니다.

우리 알리안츠생명보험주식회사는 진정으로 귀하의 인생의 동반자가 될 것입니다.

◆ 생명보험은 어떻게 구성되며 그 특징은 무엇인가?

생명보험은 질병, 재해, 사망 등 각종 우연한 사고에 대비하여 경제적 손실을 보전할 목적으로 공동의 위험담보를 필요로 하는 사람들이 부담금(보험료)을 납부하고 우연한 사고 발생시 약정된 금액(보험금)을 지급받는 경제적 준비수단입니다.

생명보험 계약은 **계약자**, **보험대상자(피보험자)**, **보험금을 받는 자(보험수익자)**, **보험자**로 구성됩니다.

- 계약자는 계약을 청약하고 보험료 납입의무를 지는 자입니다.
- 보험대상자(피보험자)는 보험사고 발생의 대상이 되는 자입니다.
- 보험금을 받는 자(보험수익자)는 보험사고발생시 보험금 청구권을 가진 자입니다.
- 보험자는 보험금 지급의무를 지는 보험회사를 말합니다.

생명보험은 타금융권과 비교하여 다음과 같은 특징이 있습니다.

★ 생명보험상품은 형태가 보이지 않는 무형의 상품이기 때문에 타상품과의 비교검증을 쉽게 할 수 없습니다. 따라서 보험가입자의 이해가 필요하며 보험에 대한 지식이 생명보험 가입에 영향을 미칩니다.

★ 구입 즉시 해당 재화의 사용에 의한 만족감을 느낄 수 있는 제조업체 상품과는 달리 생명보험상품은 불확실한 미래에 대한 보장을 주기능으로 합니다.

★ 생명보험상품은 상품의 구입과 동시에 효용이 발생하지 않고 추후에 사망, 상해, 만기생존 등 보험금 지급사유가 발생했을 때 효용을 인식할 수 있습니다.

★ 생명보험상품은 제1회 보험료 납입시점(단, 암, 중대한 질병, 장기간 병상태 등과 관련한 보장은 제외)부터 계약의 효력이 발생되어 짧게는 수년, 길게는 종신동안 계약의 효력이 지속되며 동일상품 판매를 중지한다 하더라도 기존 가입자의 계약은 소멸되지 않고 보험기간 만료시까지 효력이 계속됩니다.

◆ 생명보험은 다양한 상품이 준비되어 있습니다.

생명보험은 고객의 필요에 맞춰 다양한 상품을 개발하여 판매하고 있습니다.

이 안내서에는 생명보험 상품종류에 대하여 개괄적으로 필요한 보장에 의한 분류를 중심으로 소개하고 있습니다. 따라서 보다 자세한 내용을 알고자 하시는 경우 우리 회사 고객상담실을 통하거나 모집중사자에게 직접 문의하여 확인하는 방법이 있습니다.

또한 유관기관이나 우리 회사 인터넷홈페이지의 상품공시를 이용하시면 자세한 상품내용을 확인할 수 있습니다.

※ 아래 기재된 내용은 대표적인 생명보험 상품 및 가입시 유의사항을 설명한 것으로 회사별 상품개발 목적에 따라 아래 기재된 내용과 달라질 수 있습니다.

▶▶ 생명보험 상품의 종류 및 상품별 가입시 유의사항 ◀◀

1. 생명보험은 생존시에 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하지 않는 보장성보험과 그 이외의 저축성보험으로 구분되므로 보험상품 가입시 참고하시기 바랍니다.

가. **보장성보험** : 재해 및 질병 등 각종 위험보장에 적합한 상품으로 사망보험금은 물론, 입원비와 수술비등 다양한 보험금이 지급됩니다.

◆ **종신보험** : 보장기간이 평생(종신)인 상품으로 자신과 유가족을 위한 재정설계를 할 수 있는 상품

☞ **가입시 유의사항**: 종신보험에 부가되는 대부분의 특약은 주보험과 달리 보험기간이 종신이 아니므로 가입시 특약의 보험기간(예 : 70세만기, 80세만기 등)을 확인하시기 바랍니다.

◆ **질병보험** : 암, 성인병질환 등의 각종 질병으로 인한 진단, 입원, 수술시 보험금을 지급하는 상품

◆ **장기간병보험** : 재해 또는 질병으로 항상 타인의 완전한 도움이 필요한 장기간병상태가 되었을 때, 장기간병비용을 보조하기 위한 상품

☞ **가입시 유의사항** : 암, 중대한 질병 및 장기간병상태 등에 대한 보장개시일은 해당 보험약관에서 제1회 보험료납입일이 아닌 날 (예: 계약일로부터 계약일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 등)로 정할 수 있으니 확인하시기 바랍니다. 이 외에도 상품마다 일정 기간 동안 보장하지 않는 기간을 설정할 수 있습니다.

◆ **상해 보험** : 교통재해 및 각종사고 발생시 보험금을 지급하는 상품

☞ **가입시 유의사항** : 생명보험사가 판매하고 있는 상해보험은 보험대상자(피보험자)의 재해이외에 보험대상자(피보험자)의 책임있는 사유로 타인에게 상해 등을 입힌 경우는 보장하지 않습니다.

◆ **어린이보험** : 자녀들의 종합적인 질병 및 재해 발생시 보험금을 지급하는 상품

☞ **가입시 유의사항** : 상법 제732조에 따라 만15세미만 보험대상자(피보험자)의 사망에 대해서는 보장이 되지 않습니다. 다만, 이미 납입한 보험료 또는 해당시점의 적립액(또는 해약환급금)을 돌려드립니다.

나. **저축성보험** : 보장성보험을 제외한 보험으로서 위험보장보다는 생존시의 저축기능을 강화한 상품으로 중단기간에 목돈을 마련하거나, 노후를 대비할 수 있는 상품입니다.

◆ **연금 보험** : 노후생활에 필요한 자금을 연금으로 지급하는 상품이며, 연금지급개시 전에 사망보험금, 장해연금 등 다양한 보장 설계가 가능한 상품

☞ **가입시 유의사항** : 보험료납입이 완료되어 연금지급이 시작되면, 연금계약은 해지할 수 없으며(확정연금형 제외), 약정한 지급방식대로 연금을 받으실 수 있습니다.

◆ **저축 보험** : 만기시의 목돈마련 및 재정설계에 따른 생활에 필요한 중도자금마련을 위한 상품

☞ **가입시 유의사항** : 보험기간 동안 보장에 필요한 일부의 보험료는 만기까지 적립되지 않고 소멸됩니다.

◆ **교육보험** : 예기치 못한 부모의 경제적 능력상실 등에 대비하여 장래의 자녀교육에 필요한 학자금 마련을 위한 상품

☞ **가입시 유의사항** : 부모와 자녀의 보장내역이 서로 다르므로 보장내역을 잘 확인하십시오.

2. 생명보험은 보험금 등의 지급을 위해 납입된 보험료의 일정액을 적립하는데, 이를 적립하는 방식에 따라 아래와 같이 구분됩니다.

◆ **금리확정형보험** : 최초 계약시의 확정된 예정이율이 보험계약 종료시까지 유지되는 보험

◆ **금리연동형보험** : 보험회사의 자산운용이익률, 시장금리 등에 따라 적립되는 이율이 변동되어 계약자적립금도 변동되는 보험

☞ **가입시 유의사항** : 시장금리 변동에 따라 장단점이 있으므로, 가입시 향후 시장금리 예측이 중요합니다.

◆ **변액보험** : 계약자가 납입한 보험료로 펀드를 조성하여 특별계정으로 운영하고, 그 특별계정의 운용실적에 따라 계약자에게 투자이익을 배분함으로써 보험기간 중에 보험금액, 해약환급금 등이 변동하는 보험

☞ **가입시 유의사항**: 변액보험은 실적배당형 상품으로 주보험은 예금자보호법에 의해 보장되지 않으며, 특별계정의 운용실적에 따라 계약해지시 원금손실이 발생할 수 있습니다.

※ 시중금리추이 및 경제상황에 따라 적립방식에 장단점이 있으니 충분한 검토 후에 가입하시기 바랍니다.

※ 실제 보험상품에서는 위에 예시된 각각의 보험급부들이 결합되어 판매될 수 있습니다.

예) 금리연동형 종신보험, 금리확정형 종신보험

◆ 생명보험 선택시 고려하여야 할 사항은 무엇인가?

▶ 고객이 필요로 하는 목적에 맞춰 보험을 가입하십시오!

생명보험은 고객의 다양한 욕구를 충족시켜 줄 수 있는 여러 유형의 상품을 개발, 판매하고 있습니다. 따라서 사람마다 나이, 직업, 가족 구성, 인생설계, 자산과 연간 수입이 각각 다르기 때문에 당연히 보험도 각 개인 및 가정의 필요에 맞춰 가입을 하셔야 합니다.

보험가입사유가 위험에 대한 보장인지, 재산증식인지, 학자금 보장인지, 노후의 생활자금을 보장할 목적인지 등을 명확히 검토해 보셔야 합니다.

그리하여 귀하의 경제적 능력과 가입목적을 종합적으로 고려하여 합리적인 선택을 하시기 바랍니다.

▶ 보험을 얼마만큼 가입하여야 하는가?

고객이 가입하고자 하는 생명보험에 대한 보험금액의 수준을 결정하기 위해서는 고객이 지금 불의의 사고에 닥쳤다고 가정할 경우 가족을 어떻게 부양할 수 있을 것인지 그리고 실제 본인의 치료비는 어느 정도 필요한지를 먼저 판단해 보셔야 합니다.

따라서 고객이 가입하고자 하는 보험금액은 고객의 사고로 인한 가족의 생계비 및 본인의 치료비를 보상할 수 있는 필요경비 수준에 근접해야 할 것입니다.

위의 필요경비를 계산함에 있어서는 보험회사 및 보험설계사와의 충분한 상담을 통하여 귀하가 부양하여야 하는 가족의 생활자금, 배우자의 생활비, 자녀교육자금, 결혼자금, 부채상환자금, 주택자금 등을 정확히 고려하여 자신의 가정에 가장 적합한 보장내용을 설계 할 필요가 있습니다.

아울러 고객께서 납입한 보험료로 보험사고 발생시 그 이상의 보상을 받을 수 있다는 점에서 생명보험은 가정경제의 안정적인 기반을 다질 수 있는 버팀목이 될 수 있습니다.

결론적으로 귀하의 향후 필요경비와 현재 경제여력, 현재까지의 저축이나 보험가입상황 등을 종합적으로 고려하여 부족한 부분에 대해 추가로 보험을 가입하는 방법을 선택하시기 바랍니다.

▶ 저렴하게 가입할 수 있도록 다음 사항을 확인하십시오!

첫째는, 동일한 보장이라도 보험료 계산시 적용하는 예정기초율을 따라 납입보험료가 달라지므로 회사별로 예정기초율을 확인한 후 가입하면 보험료 부담을 줄일 수 있습니다.

▶▶ 예정기초율의 종류 및 비교방법 ◀◀

◆ **예정위험율** : 한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 확률을 예측한 것을 말합니다.

☞ 일반적으로 예정위험율이 높으면 보험료는 올라가고, 낮으면 보험료는 내려갑니다.

예) 무배당 예정사망률, 무배당 예정암발생률 등

◆ **예정이율** : 보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급사이에는 시차가 발생하므로 이 기간동안 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이 할인을 말합니다.

☞ 일반적으로 예정이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

◆ **예정사업비율** : 보험회사가 보험계약을 유지, 관리하면서 여러 가지 비용이 소요되는데 이러한 운영경비를 미리 예상하고 보험료에 포함시키고 있습니다. 이러한 경비의 구성비율을 말합니다.

☞ 일반적으로 예정사업비율이 높으면 보험료는 올라가고, 낮으면 보험료는 내려갑니다.

상품별 예정사업비율은 예정사업비지수를 참고하여 비교할 수 있습니다.

♣ **예정사업비지수**는 각 상품의 예정사업비규모를 전 생명보험업계 유사상품의 평균사업비규모(업계평균을 100으로 설정)와 비교한 지수입니다. 해당상품의 예정사업비지수가 100보다 낮으면 생명보험업계 유사상품평균보다 예정사업비의 수준이 낮음을 의미하고, 반대로 예정사업비지수가 100보다 높으면 업계평균보다 높음을 의미합니다. 이러한 예정사업비지수는 실제 계약자가 가입한 상품의 보험가입금액, 보험기간, 보험료 납입기간 및 예정이율 수준 등에 따라 차이가 발생할 수 있습니다.

※ 이러한 예정위험률, 예정이율, 예정사업비지수는 당사 홈페이지 상품공시실의 해당상품 상품요약서에서 확인하실 수 있습니다.

둘째는, 배당상품과 무배당상품의 특징을 비교해 보시기 바랍니다. 배당상품은 1년이상 경과한 계약에 대해 이윤의 일정부분을 배당금으로 환원하여 주는 상품입니다. 무배당상품은 계약자에게 배당금을 지급하지 않는 대신 미리 보험료를 할인하여 산출하기 때문에 배당상품에 비해 보험료가 저렴한 것이 특징입니다.

셋째는, 보험료 납입시 금융기관의 자동이체를 이용하는 경우 회사가 정한 할인율에 의해 보험료 할인혜택을 받을 수 있습니다.

▶ **보험가격을 비교하는 것도 좋은 방법입니다.**

어떤 종류의 보험상품이 귀하에게 가장 적합한가를 먼저 결정한 후 각 회사에서 판매하고 있는 같은 종류의 보험을 상호비교하여 가장 저렴한 보험료로 최대의 급부를 보장해 주는 상품을 선택하셔야 합니다.

그러나, 보험상품은 장기간에 걸쳐서 지속적으로 이루어지는 거래이므로 단순히 가격을 비교하는 것보다는 상품내용을 종합적으로 판단할 필요가 있습니다.

첫째는, 보험금의 변동여부를 확인하여야 합니다. 보험금이 보험기간 내 일정한지, 일정기간이 지난후에 증가 또는 감소하는지를 확인하시면 보험가격을 비교하는데 도움이 됩니다.

둘째는, 해약환급금이 보험기간내 어떻게 변동되는지, 초기해약환급이 많은지 등을 확인해 보는 것도 좋은 방법입니다.

마지막으로 예금자보호법등에 의해 지급보장되는 급부금의 범위를 확인하셔야 합니다. 특히, 변액보험의 주보험은 예금자보호법이 적용되지 않습니다.

귀하께서는 보다 자세한 자료가 필요한 경우 당사로 내방하시면 보험료산출기초를 열람할 수 있습니다.

▶▶ 보험료분석표를 통한 보험가격의 비교방법 ◀◀

아래의 내용은 약관 앞부분에 수록되어 있는 상품요약서의 보험료 분석표를 참조하여 보험료가 적절한지 확인하는 방법과 보험가격을 비교하는 방법입니다.

보험료는 다음과 같이 산출됩니다.

보험료는 예정위험율, 예정사업비율, 예정이율의 세 가지 기초율에 의해 산출됩니다. (자세한 설명은 앞 페이지 '예정기초율의 종류 및 비교방법'을 참조하시기 바랍니다.)

고객께서 납입하시는 보험료를 영업보험료라고 하며, 영업보험료는 순보험료와 부가보험료로 나뉘어집니다. 순보험료는 예정위험율과 예정이율을 기초로 산출되며, 예정사업비율까지 반영되면 영업보험료가 됩니다. 따라서, 영업보험료에서 순보험료를 뺀 나머지 금액인 부가보험료는 보통 회사가 사용하는 사업비입니다.

상품요약서의 보험료 분석표는 다음과 같이 작성됩니다.

♣ 보장부분과 저축부분

상품요약서의 보험료분석표에는 보험료가 보장부분과 저축부분으로 나누어집니다. 보장부분은 보장을 위해 필요한 부분으로 보험기간이 끝나면 소멸되며, 저축부분은 보험기간이 끝나도 소멸되지 않고 돌려받을 수 있는 부분입니다(단, 순수보장형 상품의 경우 저축부분이 없음).

그런데, 보장부분과 저축부분에는 모두 사업비가 포함되어 있으므로(사업비는 소멸됩니다), 실제로는 저축부분으로 예시된 보험료보다 적은 금액을 돌려받게 됩니다.

상품요약서의 보험료분석표를 통하여 보험료를 비교할 수 있습니다.

보험료분석표에서 예시하고 있는 보험료는 정해진 보험가입금액, 보험기간, 보험료납입기간, 대표나이별로 작성되어 있으므로 보험료분석표와 본인의 가입기준이 다르면 보험료는 달라집니다. 따라서, 아래의 순서에 따라 보험료 예시기준을 확인하고 보험료를 비교하시기 바랍니다.

♣ 보험료분석표 비교순서

★ 상품종류 확인

같은 상품명이라고 하더라도 상품종류가 세분화 되어 있는 경우가 있습니다. 따라서, 먼저, 가입하신 상품의 정확한 상품종류를 파악하십시오.

(예: xxxx보험 안에 1종, 2종/ 적립형, 거치형/ 순수형, 만기환급형 등)

★ 보험가입금액, 보험기간, 보험료납입기간, 보험료납입주기, 가입나이 등 확인

(※ 아래의 설명에서 예시한 보험료는 고객의 이해를 돕기 위해 가정한 것입니다.)

■ 보험가입금액

보험가입금액에 따라 보험료가 달라지므로, 예시되어있는 보험료의 보험가입금액과 본인이 가입한 가입금액을 비교한 다음 보험료를 비교하여야 합니다.

예를 들어, 예시되어있는 보험료의 가입금액이 1억인데 본인이 가입한 가입금액은 2억이라고 하면, 본인의 보험료는 예시된 보험료의 2배가 된다고 생각하면 됩니다.

■ 보험기간

보험가입금액이 같더라도 보험기간이 길어질수록 보험료는 증가하므로, 본인의 보험기간과 예시된 보험기간이 동일한지 확인해 보시기 바랍니다.

예를 들어, 본인이 가입한 보험의 보험기간은 20년 만기이고, 예시된 보험료의 보험기간은 15년 만기라면, 본인의 보험료가 예시된 보험료보다 더 많습니다.

■ 보험료납입기간

보험료의 납입기간이 짧을수록 총 납입하는 보험료의 합은 작아지지만, 매 회 납입하는 보험료는 많아집니다.

예를 들어, 일반적인 경우 동일한 조건에서 보험료납입기간이 10년인 사람이 보험료로 매달 10만원(10만원×12개월×10년 = 1,200만원)을 납입한다면 보험료납입기간이 20년인 사람은 보험료로 5만5천원 정도(5만5천원×12개월×20년 = 1,320만원)를 납입해야 합니다.

■ 보험료납입주기

보험료를 매달 납입할 경우(월납)와 매 2개월, 3개월, 6개월, 1년(연납)마다 납입하는 경우의 매회 납입하는 보험료는 주기가 짧을수록 적어집니다.

예를 들어, 동일한 조건에서 월납 보험료가 10만원이라면 연납 보험료는 118만원 정도이므로, 해당 납입보험료는 월납보험료가 적습니다. 그러나, 총 납입보험료의 단순 합은 월납의 경우 1년간 120만원, 연납보험료는 1년간 118만원이므로 연납보험료가 조금 작습니다.

■ 가입나이(보험나이)와 대표나이

보험나이는 6개월 단위로 반올림계산하므로 아래의 예를 참조하시기 바랍니다.

예1] 1965년 7월 20일 생이 2005년 1월 10일에 가입할 경우
 2005년 1월 10일
 - 1965년 7월 20일

 만 39년 5개월 20일 18 보험나이 39세

예2] 1965년 7월 20일 생이 2005년 5월 10일에 가입할 경우
 2005년 5월 10일
 - 1965년 7월 20일

 만 39년 9개월 20일 18 보험나이 40세

보험료 분석표에 예시되어 있는 보험료는 대표나이별 보험료만을 예시하고 있으므로 본인의 나이가 대표나이와 다를 경우 나이가 많아질수록 보험료는 증가합니다. 예를 들어, 가입 시 본인의 나이가 35세인데 예시된 보험료의 나이가 30세와 40세라면 본인의 보험료는 대략 중간 정도의 값이 됩니다.

특약의 가입여부

특약을 가입하시면 가입하신 특약의 보험료만큼 보험료가 증가합니다.

특약도 주보험의 보험료와 동일하게, 보험가입금액, 보험기간, 보험료납입기간 등을 확인하여 비교하시기 바랍니다.

기타 (고객계약할인, 우량체할인, 단체할인 등)

회사마다 차이는 있으나, 아래와 같이 보험료의 일정부분을 할인해 주는 서비스를 제공하는 회사도 있습니다.

(※ 용어는 회사별로 차이가 있을 수 있습니다.)

- 고객계약할인 : 가입금액이 고객일 경우 적용
- 우량체할인 : 회사가 정한 기준(흡연여부, 체질량지수 등)에 부합할 경우 적용
- 단체할인 : 5인 이상의 단체(보험계약에서는 단체에 대한 별도의 기준이 있습니다.)로 계약할 경우 적용.
따라서, 본인의 계약이 위에 예시된 할인혜택을 적용 받는 경우 보험료분석표에 예시된 보험료보다 저렴해질 수도 있습니다.

▶▶ 보험상품비교·공시 안내 ◀◀

생명보험협회에서는 생명보험 상품의 중요내용을 비교함으로써 소비자의 상품선택에 도움을 드리고자 **보험상품비교·공시**를 시행하고 있습니다.

♣ 생명보험협회 보험상품비교·공시 이용방법

- 생명보험협회(www.klia.or.kr) 접속 (⇒ 공시실)
 - ⇒ 보험상품비교·공시
 - ┌→ 상품비교·공시
 - └→ 변액보험운영현황
 - └→ 연금상품운영현황

보험상품비교·공시는 회사별 유사상품의 보장내용, 보험료 등을 비교한 '상품비교·공시'와 변액보험의 기준가격 및 수익률을 공시하는 '변액보험운영현황', 연금저축 및 퇴직보험의 예정이율 등을 비교한 '연금상품운영현황' 등으로 구분되어 있습니다.

◆ 상품비교·공시

상품비교·공시에서는 아래의 상품별 지급조건 및 보장내용, 보험료 및 해약환급금, 예정이율, 예정사업비지수 등을 비교하실 수 있습니다.

■ 보장성보험 [11종]

: 종신보험(확정형/금리연동형), 변액종신, 정기보험, 질병보험(암/기타질병), CI보험(확정형/금리연동형), 상해보험, 어린이보험, 기타보장성보험

■ 저축성보험 [8종]

: 연금보험(연금저축, 일반연금, 변액연금[적립형, 거치형]), 변액유니버설, 저축보험(일반저축, 유니버설저축, 장기주택마련저축)

※ 향후 비교대상 상품은 '생명보험상품공시위원회'의 결정에 따라 변경될 수 있습니다.

※ 상품비교·공시는 요약된 내용일 뿐만 아니라 일부 상품에만 한정되므로 본인의 나이 및 가입조건에 맞게 상품을 설계하시려면 각 회사 인터넷홈페이지의 '보험가격공시실'을 이용하시기 바랍니다.

◆ 변액보험운영현황

'변액보험운영현황'에서는 생명보험사 변액보험 상품의 운용 설명서 및 특별계정의 매월말 자산구성내역, 매일의 기준가격 및 수익률, 운용에 대한 보수 및 수수료를 비교·공시하고 있습니다.

■ 변액보험의 종류 : 변액종신보험, 변액연금보험, 변액유니버설보험, 변액CI보험 등

※ 변액보험운영현황에서 공시되고 있는 수익률은 각 특별계정의 펀드설정일 이후 누적수익률과 3개월, 6개월, 1년 등 일정기간동안의 수익률이므로, 고객이 실제로 적용받는 수익률과 다를 수 있습니다. 고객이 실제 적용받는 수익률은 가입 회사의 인터넷홈페이지상 변액보험공시실을 이용하여 확인할 수 있습니다. 또한, 이러한 수익률은 납입한 보험료 중 사업비 및 최저사망보증비용 등을 제외한 금액을 기준으로 산출됩니다.

◆ 연금상품운영현황

'연금상품운영현황'에서는 생명보험사 연금저축 및 퇴직보험의 매월말 자산부채구성내역, 직전3년간 예정이율 및 직전3년간 이자율차배당율을 비교·공시하고 있습니다.

◆ 보험가입시 유의해야 할 사항은 다음과 같습니다

보험계약을 청약할 때는 상품요약서에 명시된 보장내용과 약관상 계약자의 권리와 의무를 확인하여야 하며, 특히 다음의 사항에 유의하여야 합니다.

▶ 청약서는 계약자가 직접 작성하고 자필서명하여야 합니다.

보험계약 청약시 보험대상자(피보험자)의 건강상태에 대한 작성 내용(현재병증, 과거병력, 직업종류)에 대해 청약서에 계약자 본인이 직접 작성하시고 서명란에도 계약자 본인 및 보험대상자(피보험자)가 자필로 서명하여야 합니다. 특히 보험대상자(피보험자)가 다른 경우에는 반드시 보험대상자(피보험자)의 서명도 필요합니다. 자필서명을 하지 않은 경우 계약이 무효로 처리될 수도 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

▶ 계약전 알릴의무를 준수하여야만 불이익을 보지 않습니다.

생명보험 계약체결시 계약자나 보험대상자(피보험자)가 청약서상에 기술하는 계약전알릴의무사항은 보험회사가 계약의 해지권을 행사할 수 있는 「중요한 사항」과 그렇지 않은 「일반적 사항」으로 구분하고 있습니다.

여기에서 「중요한 사항」이라 함은 회사가 그 사실을 알았다라면 보험계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 담보 제외, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미치는 사항을 말하며, 그 예로는 현재 및 과거병력, 신체장애 여부, 직업 및 운전 여부, 위험한 취미를 들 수 있습니다.

또한 「일반적 사항」으로는 위험지역으로의 출국, 거주환경, 소득, 키 및 몸무게, 음주 및 흡연 여부, 부업 또는 겸업, 타회사의 보험가입상황 등을 들 수 있습니다. 이러한 「일반적 사항」은 계약 성립 후 해지권에는 영향을 미치지 않으나, 사실과 다르게 알린 경우 보험가입이 거절될 수 있습니다. 한편, 「중요한 사항」과 「일반적 사항」은 상품별 특성에 따라 위의 예시와 다르게 적용될 수 있습니다.

따라서 계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 신의성실에 입각하여 계약전알릴의무사항을 충실히 이행함으로써 보험계약이 정당한 조건에 의해 성립되고 유지될 수 있도록 하여야 합니다.

▶ 계약의 무효가 될 경우에는 보장을 받지 못합니다.

다음의 한 가지 사유에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

첫째는, 타인의 사망을 보험금지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 보험대상자(피보험자)의 서면 동의를 얻지 아니한 경우입니다.

둘째는, 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 만 15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 보험대상자(피보험자)로 하는 경우입니다.

▶ 계약을 해지하실 경우 다음 사항을 고려하십시오!

첫째는, 계약을 해지하고 새로운 계약을 체결하려면 신계약의 효력이 발생한 후 기존 계약을 해지하므로써 보험의 보장이 공백없이 승계되도록 하십시오.

둘째는, 계약을 해지하고 신계약을 체결하는 경우 초기에 과도한 비용이 소요될 수 있습니다. 즉 귀하께서 납입하는 계약초기기간의 보험료 중 상당부분은 보험회사 사업비에 책정되어 있기 때문입니다. 신계약을 체결하면 이러한 비용이 다시 지출되어 이중의 부담이 되는 것입니다.

셋째는, 귀하가 나이가 들거나 건강이 악화된 이후 신계약을 체결하게 되면 보험료는 보다 높아지고 보험가입은 더욱 어려워질 수 있습니다.

▶ 중도해지시 해약환급금은 납입한 보험료보다 적을 수 있습니다.

생명보험의 해약환급금은 보험료 계산시 적용한 위험률로 산출한 순보험료식 책임준비금에서 미상각신계약비를 공제한 금액을 해약환급금으로 지급합니다. 즉 계약자가 납입하는 보험료는 그 일부가 불의의 사고를 당한 다른 가입자의 보험금으로 지급되고 또 다른 일부는 회사의 계약체결 및 유지에 필요한 경비로 사용되므로 이러한 것을 제하고 남은 보험료가 해약환급금으로 지급됩니다.

따라서 보험계약을 중도에 해지하게 되면 해약환급금이 납입한 보험료보다 적을 수도 있으며, 해약환급금이 없을 수도 있습니다.

◆ 생명보험은 계약의 유지 및 보호를 위한 각종 제도를 운영하고 있습니다.

▶ 보험설계사 등 모집종사자가 기본적인 의무를 잘 이행하는 지를 확인하십시오!

보험설계사 등 모집종사자가 계약체결시 귀하에게 보험약관(상품 요약서 포함), 청약서부분을 전달하는지, 자필서명을 하도록 하는지, 약관상 중요한 내용을 충분히 설명하는 지를 확인해 보셔야 합니다. 그리하여 모집종사자가 이러한 부분을 이행하지 않은 경우 귀하는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

다만, 전자거래기본법에 의하여 인터넷을 통한 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 청약서 부분을 드리지 아니할 수 있습니다.

▶ 귀하는 필요한 보장과 상이한 계약이 체결된 경우 청약철회제를 이용할 수 있습니다.

귀하가 필요로 하는 보장내용과 실제 체결된 계약의 보장내용이 상이하거나 경제적 여건을 고려하여 적절치 못하다고 판단되는 경우에는 청약한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 청약철회를 접수한 날로부터 지체없이 제1회보험료를 돌려드립니다.

▶ 귀하는 보험기간중 일시적 경제여건 애로시 보험료 자동대출 납입제도의 이용으로 계약을 유지할 수 있습니다.

귀하께서 계약유지중 일시적으로 경제적 여건이 악화되어 보험계약이 해지될 위기에 처한 경우 우리 회사에 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 서면으로 보험료의 자동대출납입을 신청하면 보험계약대출금액 범위 내에서 보험료가 자동대출되어 보험계약이 유효하게 지속됩니다. 자동납입되는 보험료는 1년을 최고한도로 하며, 그 이후 기간에 대해 자동대출납입을 원하는 경우 재신청하셔야 합니다.

▶ 귀하는 필요시 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

귀하는 귀하가 가입한 계약의 해약환급금 범위 내에서 우리 알리안츠 생명보험주식회사가 정한 방법에 따라 대출을 받으실 수 있습니다. 이 보험계약대출은 해당 보험계약의 해약환급금 일정 범위 내에서 신속하게 이루어지며, 이자도 저렴한 장점이 있으므로 불시에 자금이 필요하게 되는 경우 유익한 해결수단이 될 수 있습니다.

▶ 생명보험은 다양한 세제혜택으로 귀하에게 유익한 재테크 수단이 될 것입니다.

귀하께서 세금의 중요성을 인식하시고 한번 정도 절세하는 방법에 대해 고려해 보셨다면 생명보험에 가입하신 것은 훌륭한 선택입니다.

생명보험에 가입 시 폭넓은 세제혜택을 받을 수 있으므로 유익한 경제수단이 될 수 있습니다.

※ 아래에 기재된 내용은 생명보험의 세제혜택에 대하여 요약한 것이므로, 자세한 내용은 관련법령을 참조하시거나 해당 보험회사로 문의하시기 바랍니다.

▶▶ 생명보험상품의 세제혜택 안내 ◀◀

◆ 보험료에 대한 소득공제

■ **보장성보험**: 근로소득자가 기본공제대상자를 보험대상자(피보험자)로 하여 보장성보험에 가입한 경우 연간 납입보험료 중 100만원 한도 내에서 소득공제를 받을 수 있습니다.(소득세법 제52조)

■ **장애인전용보장성보험**: 근로소득자가 기본공제대상자 중 장애인을 보험대상자(피보험자)로 하여 장애인전용 보장성보험에 가입한 경우 연간 납입보험료 중 100만원 한도 내에서 소득공제를 받을 수 있습니다.(소득세법 제52조)

■ **연금저축**: 연간 납입보험료 중 300만원 한도*내에서 소득공제를 받을 수 있습니다.(조세특례제한법 제86조의 2)

※ 퇴직연금에 가입한 근로자가 별도로 추가납입한 보험료가 있는 경우, 그 추가납입한 보험료와 연금저축 납입보험료를 합산한 한도임.

* 2000년 12월 31일 이전에 가입한 개인연금저축은 연간 납입보험료의 40%를 72만원 한도 내에서 소득공제 받을 수 있음. (조세특례제한법 제86조)

◆ 보험차익 비과세

최초로 보험료를 납입한 날부터 “만기일, 중도해지일”까지의 기간이 모두 10년 이상인 보험계약에서 발생된 보험차익에 대해

서는 이자소득세가 비과세됩니다. 그러나, 최초 납입일부터 만기 일 또는 중도해지일까지의 기간은 10년 이상이지만 최초 납입일부터 10년이 경과하기 전에 납입한 보험료를 확정된 기간동안 연금형태로 분할하여 지급받는 경우에는 이자소득세가 과세됩니다. (소득세법시행령 제25조)

- * 2000년 12월 31일 이전에 가입한 경우에는 5년이상 유지시 비과세.
- * 2001년 1월 1일부터 2003년 12월 31일 이전에 가입한 경우에는 7년이상 유지시 비과세.

◆ 개인연금저축 이자소득 비과세

2000년 12월 31일 이전에 가입한 개인연금저축의 경우 10년 이상 보험료를 납입하고 5년 이상 연금으로 지급받는 경우 발생한 이자소득은 비과세됩니다. (조세특례제한법 제86조)

- * 2001년 1월 1일 이후 가입한 연금저축은 향후 지급받는 연금 수령액 중 소득공제 받은 원금 부분과 투자수익 부분은 연금 소득으로 과세됩니다.(조세특례제한법 제86조 2)

◆ 상속보험금의 금융재산 상속공제

상속재산에 합산되는 사망보험금은 금융재산으로 인정되어 다른 금융재산을 포함하여 순금융재산가액의 20%(2억원 한도, 2천만원 이하인 경우 전액)를 공제받을 수 있습니다.(상속세 및 증여세법 제22조)

▶ 귀하의 계약은 예금자보호제도 등에 의해 지급이 보장됩니다.

보험회사의 경영이 악화된 경우 보험업법의 계약이전제도에 의해 다른 보험회사로 계약을 이전하는 보호장치가 마련되어 있습니다. 만약 파산 등으로 보험계약상의 채무를 이행할 수 없는 경우에 예금자보호법에 의해 지급이 보장되며, 현행 예금자보호법상 생명보험계약은 보험계약체결 시기에 관계없이 파산금융기관당 1인당 기준으로 해약환급금(또는 사고보험금이나 만기보험금)에 기타 지급금을 합쳐서 5,000만원을 한도로 하고 있습니다. 다만 실적배당형 상품인 변액보험의 주보험과 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 경우(퇴직보험 예외)에는 예금자보호대상에서 제외됩니다.

◆ 귀하께서 생명보험에 대해 궁금하시거나 불만사항이 있을시 신속히 해결해 드리겠습니다.

◎ 귀하가 상품을 가입하기 전에 상품내용이 궁금하시거나 가입조건 등을 문의하고자 하는 경우 또는 가입 후 해당상품에 관한 상담을 원하실 경우 아래의 연락처로 문의바랍니다.

< 알리안츠생명보험 상담 전화번호 안내 >

- 소비자부: 02) 3787-7482 ~ 9
- 콜센터: 1588-6500

◎ 귀하가 보험계약 유지과정상 분쟁조정을 필요로 하는 사항이 발생하거나 우리 알리안츠 생명보험회사의 보험금 지급처리내용 등에 대해 불만이 있을 경우에는 아래의 금융감독원 민원상담전화 등을 통해 상담을 받거나 분쟁조정 등을 신청할 수 있습니다.

< 금융감독원 민원상담전화 및 지원 안내 >

- 민원상담전화 : 국번없이 1332 (이동전화:지역번호-1332)
- 부산지원 : 051) 606-1700~1 ○ 대구지원 : 053) 760-4000
- 광주지원 : 062) 606-1616 ○ 대전지원 : 042) 479-5120~2

◎ 귀하가 표준약관이나 기타 보험의 일반적인 내용에 대하여 궁금하시면 아래의 생명보험협회 소비자보호실 등을 통해 상담을 받으실 수 있습니다.

< 생명보험협회 전화번호 안내 >

- 서울 : 02) 2262-6565 ○ 부산 : 051) 669-7501
- 대구 : 053) 427-8051 ○ 광주 : 062) 350-0114
- 대전 : 042) 242-7002 ○ 강릉 : 033) 645-9673
- 전주 : 063) 252-5946

▶▶ 주요보험용어 ◀◀

- ◆ 보험약관
생명보험 계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
- ◆ 보험가입증서(보험증권)
보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서
- ◆ 보험계약자
계약을 청약하고 보험료 납입의무를 지는 사람
- ◆ 보험대상자(피보험자)
보험사고 발생의 대상이 되는 사람
- ◆ 보험금을 받는 자(보험수익자)
보험사고발생시 보험금 청구권을 가진 사람
- ◆ 보험료
보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 계약자가 보험회사에 납입하는 금액
- ◆ 보험금
보험대상자(피보험자)의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급하는 금액
- ◆ 보험기간
보험계약에 따라 보장을 받는 기간
- ◆ 보장개시일
보험회사의 보험금지급의무가 시작되는 날
- ◆ 보험가입금액
보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
- ◆ 책임준비금
장래의 보험금, 환급금, 배당금 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해둔 금액
- ◆ 해약환급금
계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

무배당 알리안츠정기보험Ⅱ 약관

무배당 알리안츠정기보험 약관

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 【보험계약의 자동갱신】
- 제 7조 【종신보험으로의 전환】
- 제 8조 【계약자의 임의해지】
- 제 9조 【계약의 소멸】
- 제10조 【보험 나이】

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

- 제11조 【제1회보험료 및 회사의 보장개시일】
- 제12조 【제2회 이후 보험료의 납입】
- 제13조 【보험료의 자동대출납입】
- 제14조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】
- 제15조 【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

- 제16조 【보험금의 종류 및 지급사유】
- 제17조 【보험금 지급에 관한 세부규정】
- 제18조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
- 제19조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
- 제20조 【해약환급금】
- 제21조 【배당금의 지급】
- 제22조 【소멸시효】

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

- 제23조 【계약전 알릴의무】
- 제24조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】
- 제25조 【계약취소권의 행사제한】

제5관 보험금 지급 등의 절차

- 제26조 【주소변경 통지】
- 제27조 【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】
- 제28조 【대표자의 지정】
- 제29조 【보험금 지급사유의 발생통지】
- 제30조 【보험금 등 청구시 구비서류】
- 제31조 【보험금 등의 지급】
- 제32조 【보험금 받는 방법의 변경】
- 제33조 【계약내용의 교환】
- 제34조 【보험계약대출】

제6관 분쟁조정 등

- 제35조 【분쟁의 조정】
- 제36조 【관할법원】
- 제37조 【약관의 해석】
- 제38조 【회사가 제작한 보험안내장 등의 효력】
- 제39조 【회사의 손해배상책임】
- 제40조 【준거법】
- 제41조 【예금보험에 의한 지급보장】

무배당 알리안츠정기보험 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 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수 할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약 (이하“무진단계약”이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하“진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)을 교부합니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율(이하 “예정이율”이라 합니다)+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제 2조 【청약의 철회】

- ① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 계약자의 청약철회 신청을 접수한 경우에는 지체없이 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 계약자가 제1회 보험료를 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 부분을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용

하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 청약서부분을 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 청약서 부분을 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 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 부분을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 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 각 호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 단서에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 교부함으로써 청약서 부분을 전달한 것으로 봅니다.

1. 보험계약자, 보험대상자(피보험자) 및 보험금을 받는 자(보험수익자)가 동일한 보험계약의 경우
2. 보험계약자, 보험대상자(피보험자)가 동일하고 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험계약자의 법정상속인인 보험계약일 경우

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 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 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 보험대상자(피보험자)로 한 경우

제 5조 【계약내용의 변경】

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다.

이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료의 납입주기, 수금방법 및 납입기간
 4. 보험가입금액
 5. 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)
 6. 기타 계약의 내용
- ② 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 계약자가 제1항 제5호에 의하여 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제 6조 【보험계약의 자동갱신】

- ① 1년 만기 및 5년 만기 계약의 경우 제1조(보험계약의 성립)에도 불구하고 계약자가 보험료 납입기일(갱신 전 계약의 보험료납입기일을 준용합니다)까지 갱신되는 계약의 제1회 보험료를 납입할 때, 이 계약은 자동갱신되는 것으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 계약은 자동갱신 되지 아니합니다.
1. 계약자가 이 계약의 보험기간 종료일의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 통지를 한 때
 2. 보험대상자(피보험자)의 나이가 이 계약의 사업방법서에서 정한 가입나이를 초과하는 경우
- ③ 제1항에 따라 계약이 갱신되는 경우에 갱신 후 약관은 갱신 전 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 갱신 후 약관으로 적용합니다.
- ④ 갱신계약의 보장개시일은 제11조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일)에도 불구하고 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날로 합니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 의하여 계산되며, 갱신시의 보험료율이 적용됩니다.

⑥ 회사는 이 계약의 보험기간 만료일 30일 전까지 다음의 사항을 계약자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

1. 제2항 제2호의 갱신제한사유에 해당하는 경우 그 사유
2. 제3항에 따라 변경된 약관을 갱신 후 약관으로 적용하는 경우 그 변경된 내용
3. 제5항의 갱신계약 보험요율

제 7조 【종신보험으로의 전환】

① 계약자는 보험기간이 만료되기 전 보험대상자(피보험자)가 보험가입자격자인지 여부에 관계없이 이 계약을 종신보험으로 변경(이하 "전환"이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 전환 후 계약의 보험가입금액은 전환 전 계약의 보험가입금액을 한도로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 전환할 수 없습니다.

1. 보험대상자(피보험자)의 장애로 인하여 보험료 납입이 면제된 경우
2. 보험기간 만료(자동갱신계약의 경우 최고가입나이에서 자동갱신되는 계약의 만기나이)전 2년 이내인 경우
3. 전환시점의 보험대상자(피보험자)의 나이가 전환 후 계약의 가입나이를 초과하는 경우

③ 전환 후 계약의 보험료는 전환일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 의하여 계산하며, 전환 후 계약의 약관 및 보험료율이 적용됩니다.

제 8조 【계약자의 임의해지】

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 제20조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 9조 【계약의 소멸】

보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제10조 【보험 나이】

① 이 약관에서의 보험대상자(피보험자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 단, 제4조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 보험대상자(피보험자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제11조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시일]

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체 납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출송인에 필요한 정보를 제공한 때, 다만 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. (이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 보험계약일로 봅니다)
- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제24조(계약전 알릴의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 2. 제23조(계약전 알릴의무)에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명(證明)하는 경우
- ④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제12조 [제2회 이후 보험료의 납입]

계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약체결시 납입하기로 약속한 날(이하 "납입기일"이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제13조 [보험료의 자동대출납입]

- ① 계약자는 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제34조(보험계약대출) 제1항 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납

입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 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 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제20조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제14조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고하고 납입최고(독촉)기간안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 제1항에 불구하고 회사의 방문수금 불이행 또는 은행 납입통지서의 미교부, 자동이체 미신청 등 회사의 책임있는 사유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 보험료를 수금 또는 자동이체하기로 하거나 은행납입통지서를 교부하기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 재교부일부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로하여 제1항의 납입최고(독촉)기간을 적용합니다.

③ 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정한 보험금을 받는 자(보험수익자) 포함)에게 납입최고(독촉)기간 안에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려 드립니다.

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제15조 【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 예정이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제11조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제23조(계약전 알릴의무), 제24조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제25조(계약취소권의 행사제한)를 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제16조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 보험금을 받는자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애분류표(별표3 참조, 이하 같습니다) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 같습니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우 : 사망보험금 지급

2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우 : 만기환급금 지급

(단, 만기환급형의 경우에만 지급)

제17조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50% 이상이며 80% 미만인 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

③ 제1항 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에서 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망 포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「동일한 재해」란 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑦ 제1항 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 "한시장애"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑧ 제1항 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 제1항에 의하여 보험료 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료되었을 때에는 보험기간 만료시까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 만기환급금을 보험금을 받는자(보험수익자)에게 지급합니다.

제18조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우

그러나, 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 계약의 보장개시일[부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일]부터 2년이 경과된 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 보험금을 받는 자(보험수익자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

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

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제19조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

회사는 보험대상자(피보험자)가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 또는 보험료납입면제의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급하거나 보험료의 납입을 면제하지 아니합니다.

제20조 【해약환급금】

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

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제21조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제22조 【소멸시효】

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제23조 【계약전 알릴의무】

계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 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.

제24조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제23조(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 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 보험대상자(피보험자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때 (계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴의무사항을 임의로 기재한 경우

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는

계약전 알릴의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 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 제23조(계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급 사유발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

제25조 【계약취소권의 행사제한】

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

제5관 보험금 지급 등의 절차

제26조 【주소변경통지】

① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제27조 【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)의 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제28조 【대표자의 지정】

- ① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여 야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제29조 【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제30조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제31조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제30조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에 해당하는 보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 수익자에게 알려 드리며, 제

1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표4> “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제24조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

④ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급 기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

⑤ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻어 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “제3의 의사”는 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 종합병원에 소속된 의사중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

제32조 【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받는 자(보험수익자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의한 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제33조 【계약내용의 교환】

회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제 23조 (개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인

신용정보의 제공·활용에 대한 동의등)의 규정을 따릅니다.

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

제34조 【보험계약대출】

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하“보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제 지급금과 상계할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출 원리금을 상계할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제35조 【분쟁의 조정】

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제36조 【관할법원】

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

제37조 【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.

제38조 【회사가 제작한 보험안내장 등의 효력】

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함)제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등

을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제39조 【회사의 손해배상책임】

회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여 관계법규 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제40조 【준거법】

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제41조 【예금보험에 의한 지급보장】

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

(별표1)

보험금 지급기준표

■ 사망보험금(약관 제16조 제1호)

지급 사유	보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하였거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
지급 금액	계약 보험가입금액의 100%

■ 만기환급금(약관 제16조 제2호)

지급 사유	보험기간이 끝날 때까지 보험대상자(피보험자)가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되지 아니하고 살아있을 때
지급 금액	이미 납입한 보험료의 100%

(별표2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

(주) () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표3)

장애분류표

■ ■ 총칙

1. 장애의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신

체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.

- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한눈의 교정시력이 0.10 이하로 된 때	15
6) 한눈의 교정시력이 0.20 이하로 된 때	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장애정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할

수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.

- 7) “시야가 좁아진 때” 라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때” 라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때” 라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)” 으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)” 으로 지급률을 가산한다.
- 11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때” 에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장해판정기준

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

다. 컷바퀴의 결손

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

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(口, ㅂ, ㅍ)

- ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
 - ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
- 6) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
 - 7) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
 - 8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
 - 9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
 - 10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
 - 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
 - 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다.
 - 13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄

일 수 있는 경우는 제외한다.

- 3) “추상(추한 모습)을 남긴 때” 라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴

- ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
- ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
- ③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
- ④ 코의 1/2이상 결손

2) 머리

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

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

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

2) 머리

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

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

8) 약간의 기형

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

9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)

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

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

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

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

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

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

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

1) "체간골" 이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.

2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.

① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서

정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태

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

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.

- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장해”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
 - 다) “뚜렷한 장해”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 라) “약간의 장해”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골

중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

- 9) “뼈에 기형을 남긴 때” 라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
 - 다) “뚜렷한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 라) “약간의 장애” 라 함은
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 7) "가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 8) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
 - 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.
다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1하지(다리와 발가락)의 장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “발가락을 잃었을 때” 라 함은 첫째 발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
- 2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 3) “발가락뼈 일부를 잃었을 때” 라 함은 첫째 발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능

을 측정하여 결정한다.

- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

- 1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은
- ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은
- ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은
- ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때

- ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
- ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거
 - ㉠ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전

산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

- ④ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
 - 보호자나 환자의 진술
 - 감정의 추정 혹은 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)
 - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
- ⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

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

4) 간질

- ① “간질” 이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② “심한 간질 발작” 이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ③ “뚜렷한 간질 발작” 이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는

월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

- ④ “약간의 간질 발작” 이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ “중증발작” 이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑥ “경증발작” 이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

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

(별표4)

보험금 지급시의 적립이율 계산

■ 사망보험금(약관 제16조 제1호)

적립 기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급 이자	보험계약대출이율

■ 만기환급금(약관 제16조 제2호)

적립 기간	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간				
지급 이자	회사가 보험금의 지급 시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	예정이율			
	회사가 보험금의 지급 시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일까지의 기간	예정이율		
		보험기간 만기일의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	<table border="1"> <tr> <td>1년 이내</td> <td>예정 이율의 50%</td> </tr> <tr> <td>1년 초과 기간</td> <td>1%</td> </tr> </table>	1년 이내	예정 이율의 50%
1년 이내	예정 이율의 50%				
1년 초과 기간	1%				
적립 기간	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간				
지급 이자	예정이율 + 1%				
적립 기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간				
지급 이자	보험계약대출이율				

■ 해약환급금(약관 제20조 제1항)

적립 기간	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	
지급 이자	1년 이내	예정이율의 50%
	1년초과기간	1%

적립 기간	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간
지급 이자	예정이율 + 1%

적립 기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급 이자	보험계약대출이율

- (주)1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 약관 제22조(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 신재해장해보장특약 약관

무배당 신재해장해보장특약

제1관 보험계약의 성립과 유지

- 제 1조 【특약의 체결 및 효력】
- 제 2조 【보험대상자(피보험자)의 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(효력회복)】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

- 제10조 【보험금의 종류 및 지급사유】
- 제11조 【보험금 지급에 관한 세부규정】
- 제12조 【해약환급금】

제4관 보험금 지급 등의 절차

- 제13조 【보험금 등 청구시 구비서류】
- 제14조 【보험금 등의 지급】

제5관 기타사항

- 제15조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

무배당 신재해장해보장특약 약관

제1관 보험계약 성립과 유지

제 1조 【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 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다. 단, 주계약이 연생보험인 경우 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 계약자 또는 보험대상자(주피보험자)[주계약의 계약자와 보험대상자(주피보험자)가 상이할 경우에는 보험대상자(주피보험자)]로 합니다.

제 3조 【특약 내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조(해약환급금) 제1항에 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 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 회사는 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 5조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가서에 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 6조 【특약의 소멸】

① 주계약이 해지되거나 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애분류표(별표3 참조, 이하 같습니다) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정하는 재해를 말하며, 이하 같습니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약이 사망보험금 이외의 보험금 지급으로 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 부가서에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 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 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에 회사는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간(이하 “납입최고(독촉)기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제 9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회

복) 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 보험대상자(피보험자)가 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 재해장해급여금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

제11조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

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

② 제6조(특약의 소멸) 제1항 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제6조(특약의 소멸) 제1항 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「동일한 재해」란 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑤ 제6조(특약의 소멸) 제1항 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑥ 제6조(특약의 소멸) 제1항 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)

의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한 시적으로 나타나는 장애(이하 "한시장애"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑦ 제6조(특약의 소멸) 제1항 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 다른 재해로 인하여 장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 장애가 이미 재해장애급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 재해장애급여금에서 이미 지급받은 재해장애급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 보험대상자(피보험자)에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제9항에서 정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 재해장애급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 재해장애급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장애급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 재해장애급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애
2. 위 1호 이외에 이 보험의 약관에 의하여 재해장애급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 재해장애급여금이 지급되지 않았던 장애

⑪ 동일한 재해로 인한 장애지급률은 100%를 한도로 합니다.

제12조 【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제13조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 급여금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제14조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제13조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만 보험금의 경우 지급사유 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 의한 지급기일 내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

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

제5관 기타사항 등

제15조 【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 지급기준표

■ 재해장해급여금(약관 제10조)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 장해분류표 중 3% 이상 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
지급 금액	보험가입금액의 100% × 해당 장해지급률

(별표2)

재해분류표

주계약의 약관의 별표2(재해분류표)와 동일

(별표3)

장해분류표

주계약의 약관의 별표3(장해분류표)와 동일

무배당 재해사망보장특약 약관

무배당 재해사망보장특약

제1관 보험계약의 성립과 유지

- 제 1조 【특약의 체결 및 효력】
- 제 2조 【보험대상자(피보험자)의 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
(효력회복)】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

- 제10조 【보험금의 종류 및 지급사유】
- 제11조 【보험금 지급에 관한 세부규정】
- 제12조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
- 제13조 【해약환급금】

제4관 보험금 지급 등의 절차

- 제14조 【보험금 등 청구시 구비서류】
- 제15조 【보험금 등의 지급】

제5관 기타사항

- 제16조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

무배당 재해사망보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립 및 유지

제 1조 【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 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다. 단, 연생보험에 부가할 경우 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 계약자 또는 보험대상자(주피보험자)[주계약의 계약자와 보험대상자(주피보험자)가 상이할 경우에는 보험대상자(주피보험자)]로 합니다.

제 3조 【특약내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 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.

제 4조 【계약자의 임의해지】

- 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 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 5조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 6조 【특약의 소멸】

① 주계약이 해지되거나 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애분류표(별표3 참조, 이하 같습니다) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정하는 재해를 말하며, 이하 같습니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 재해 이외의 동일한 원인으로 장애분류표 중 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었으나 주계약이 소멸되지 아니하는 경우에는 주계약에 따라 이 특약도 소멸되지 아니합니다. 또한 주계약이 사망보험금 이외의 보험금지급으로 인하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에도 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 범위 내에서 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 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에 회사는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간(이하 “납입최고(독촉)기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제 9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의

부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 재해로 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 보험금을 받는자(보험수익자)에게 재해사망보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제11조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

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

② 제6조(특약의 소멸) 제1항 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

③ 제6조(특약의 소멸) 제1항 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑤ 제6조(특약의 소멸) 제1항 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사

유)에서 「동일한 재해」는 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제6조(특약의 소멸) 제1항 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑦ 제6조(특약의 소멸) 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 "한시장애"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑧ 제6조(특약의 소멸) 제1항 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해를 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제12조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우

그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 보험금을 받는자(보험수익자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 회사가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌

려드립니다.

2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 않습니다.

제13조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제14조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험금을 받는자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 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 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일 내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 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 지급청구일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 이 특약의 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 지급청구일 다음날로부터 지급기일까지의 기간 : 이 특약의 예정이율 + 1%

제5관 기타사항

제16조 【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

■ 재해사망보험금(약관 제10조)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 특약의 보험기간 중 재해로 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해로 여러 신체 부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 때
지급 금액	특약보험가입금액의 100%

(별표2)

재해분류표

주계약 약관의 별표2(재해분류표)와 동일

(별표3)

장해분류표

주계약 약관의 별표3(장해분류표)와 동일

무배당 수술보장특약 약관

무배당 수술보장특약 약관

제1관 특약의 성립과 유지

- 제 1조 【특약의 체결 및 효력】
- 제 2조 【보험대상자(피보험자)의 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(효력회복)】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

- 제10조 【“수술”의 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 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

무배당 수술보장특약 약관

제1관 특약의 성립과 유지

제 1조 【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 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다. 단, 주계약이 연생보험인 경우 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 계약자 또는 보험대상자(주피보험자)[주계약의 계약자와 보험대상자(주피보험자)가 상이할 경우에는 보험대상자(주피보험자)]로 합니다.

제 3조 【특약내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 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 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 5조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사 소정의 범위내에서 정합니다.

제 6조 【특약의 소멸】

① 주계약이 해지되거나 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애분류표(별표3 참조 이하 같습니다) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정하는 재해를 말하며, 이하 같습니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었으나 주계약이 소멸되지 아니하는 경우 이 특약도 주계약에 따라 소멸되지 아니합니다. 또한 주계약이 사망보험금 이외의 보험금 지급으로 인하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에도 이 특약은 소멸되지 아니합니다.

③ 제1항에는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失踪宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

④ 제1항 및 제2항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항 및 제2항에서 「동일한 재해」란 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑦ 제1항 및 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑧ 제1항 및 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 "한시장애"라 합니다)

에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장해의 장애지급률로 정합니다.

⑨ 제1항 및 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가 시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 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 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에 회사는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간(이하 "납입최고(독촉)기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제 9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

- ② 주계약의 부활(효력회복)청약 시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 【“수술”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 재해로 인한 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의 료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 별표4(수술·신 생물 근치 방사선 조사 분류표)에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

제11조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 제10조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받았을 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 수술급여금(별표1 “보험금 지급기준표” 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 회사는 보험대상자(피보험자)가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다.
단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.
- ③ 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부

장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제13조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제14조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서(수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 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 3영업일 이내에 수술급여금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 수술급여금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 지급기일 내에 수술급여금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 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 지급청구일까지의 기간 : 1

년 이내의 기간은 이 특약의 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%

2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 이 특약의 예정이율+1%

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

제5관 기타사항

제16조 【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]

■ 수술급여금(약관 제11조)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접 목적으로 수술을 받았을 때
지급 금액	(수술 1회당) 1종 수술 : 10만원 2종 수술 : 30만원 3종 수술 : 50만원 4종 수술 : 100만원 5종 수술 : 500만원

(별표2)

재해분류표

주계약 약관의 별표2(재해분류표)와 동일

(별표3)

장해분류표

주계약 약관의 별표3(장해분류표)와 동일

(별표4)

수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표

<수술 분류표>

I. 일반질병 및 재해 치료 목적의 수술

구분	수술 명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부 이식술(移植術)[25cm ² 미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외]	3종
	2. 유방 절단술(切斷術. Mastectomy)	3종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함] [치(齒) 치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 치치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술	2종
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]	3종
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨)·비중격(鼻中隔)·상악골(上顎骨)·하악골(下顎骨)·악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술[비중격 만곡증(彎曲症) 수술, 수면 중 무호흡 수술은 제외]	1종
	7. 상악골(上顎骨)·하악골(下顎骨)·악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	8. 척추골(脊椎骨)·골반골(骨盤骨) 관혈수술	3종
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨)·흉골(胸骨) 관혈수술	2종
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3종
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3종
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술[손가락, 발가락은 제외함]	2종
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]	1종

구분	수술 명	수술 종류
호흡기, 흉부 (胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술 (根本手術)	1종
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3종
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	17. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者)에 한함]	5종
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3종
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]	4종
순환기, 비장 (脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形 術, Angioplasty)·혈관 우회술(迂回術, Bypass operation)	3종
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1종
	22. 대동맥(大動脈)·대정맥(大靜脈)·폐동 맥(肺動脈)·관동맥 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4종
	24. 직시하 심장내(直視下 心臟內) 관혈수 술 [개흉술을 수반하는 것]	5종
	25. 심장 이식수술[수용자에 한함]	5종
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心 搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술 (埋入術)	3종
	27. 비장(脾腸) 적제술	3종
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술	3종
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2종
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복 술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	31. 위 절제술(胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	32. 기타의 위·식도 수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	3종	

구분	수술 명	수술 종류
소화기계의 수술	34. 간장(肝臟), 췌장(胰臟) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	4종
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	3종
	36. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야하며 수용자에 한함](단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 췌장이식에서 제외함)	5종
	38. 담도계 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊波碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 충수(蟲垂) 절제술(충수염 관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술	2종
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	4종
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔漏), 탈항(脫肛), 치핵(痔核)근본수술[근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종
비뇨기계 · 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외함]	4종
	45. 방광(膀胱) 관혈수술[경요도적조작, 방광류교정술은 제외함]	2종
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術)[수용자에 한함]	5종
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊波碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회에 급여를 한도로 함]	2종

구분	수술 명	수술 종류
비뇨기계·생식기계의 수술	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	49. 요루폐쇄(尿瘻閉鎖, Urinary fistulectomy) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	50. 음경(陰莖) 절단술	3종
	51. 고환(睪丸), 부고환(副睪丸), 정관(精管)·정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2종
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술	1종
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술	2종
	54. 자궁경관(子宮經管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)	1종
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	56. 자궁외 임신(子宮外 妊娠) 수술	2종
	57. 자궁탈(子宮脫)·질탈(膺脫) 수술	1종
58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工妊娠中絶術)은 제외함]	1종	
59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經腔的) 조작은 제외함]	2종	
60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢) 수술	1종	
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적 적제술	5종
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술	3종
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술	4종
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	65. 신경(神經) 관혈수술[형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]	2종
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)	4종
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기(視覺器)의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症) 수술	1종
	69. 누소관(淚小管) 형성술	2종
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)	2종
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술	2종
	72. 각막(角膜) 이식술	2종

구분	수술 명	수술 종류
시각기(視覺器)의 수술	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물제거술(異物除去術)	2종
	74. 홍채(虹彩) 전후유착박리술(前後癒着剝離術)	2종
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술	2종
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술	2종
	79. 레이저(Laser)·냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술[시술 개시일부터 60일 간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	80. 안구 적제술, 조직충전술(組織充填術)	3종
	81. 안와종양(眼窩腫瘍) 적출술	3종
	82. 안근(眼筋) 이식술	2종
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜)·고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]	3종
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞 削開術, mastoidectomy)	1종
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술	2종
	86. 내이(內耳) 관혈수술	3종
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술 [개두술(開頭術)을 수반하는 것]	5종
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술·또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술[시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	
	91-1. 뇌, 심장	3종
	91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)	2종
	92. 요실금수술, 방광류교정술	1종

(주) 상기 1~90항의 수술 중 내시경(Fiberscope) 을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 91항을 적용합니다.

II. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술 명	수술 종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5종
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술[시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술[시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종

- (주) 1. 상피내암·경계성 종양에 대한 수술은 'I.일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않음

<악성신생물 근치 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표>

방사선 조사 분류항목	수술 종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000 Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3종
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3종

- (주) 1. 시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함
 2. 고식적(姑息的), 보조적(補助的)-근치 목적 이외의 방사선 조사는 제외함

(수술·신생물 근치 방사선 조사분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다.)가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표>에 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.
2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광철술을 함께 실시한 경우입니다
5. <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표>상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준.
 <수술 분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
 - 1) <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.
 - 2) 단, 이 선진의료적 첨단의 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)등에

의한 경피적 수술인 경우에는 <수술분류표> 중 '일반질병 및 재해치료 목적의 수술' 91항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개(頭蓋)강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다
8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
 - 1) 미용 성형상의 수술
 - 2) 피임(避妊) 목적의 수술
 - 3) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

무배당 입원보장특약 약관

무배당 입원보장특약

제1관 보험계약의 성립과 유지

- 제 1조 【특약의 체결 및 효력】
- 제 2조 【보험대상자(피보험자)의 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(효력회복)】

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 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 본인형, 배우자형에 따라 다음과 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 보험대상자(주피보험자)로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ③ 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 주계약 보험대상자(피보험자)의 사망에 의한 경우는 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.
- ⑤ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면의 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제 3조 【특약 내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 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 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 5조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 6조 【특약의 소멸】

- ① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 해지되거나 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애분류표(별표3 참조, 이하 같습니다) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정하는 재해를 말하며, 이하 같습니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었을 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었을 경우
- ② 제1항에도 불구하고 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었으나 주계약이 소멸되지 아니하는 경우 이 특약도

주계약에 따라 소멸되지 아니합니다. 또한 주계약이 사망보험금 이외의 보험금 지급으로 인하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에도 이 특약은 소멸되지 아니합니다.

③ 제1항에는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

④ 제1항 및 제2항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항 및 제2항에서 「동일한 재해」란 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑦ 제1항 및 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑧ 제1항 및 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 "한시장애"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑨ 제1항 및 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가서에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 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 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제 9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 【입원의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 보험대상자(피보험자)의 질병 및 재해 분류표(별표4 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 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험대상자(피보험자)가 특약의 보험기간 중 발생한 질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 입원급여금(별표1 “보험금 지급 기준표” 참조)을 지급합니다.

제12조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나, 배우자형에서 정한 주계약 보험대상자(피보험자)가 사망하였거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되어 주계약이 소멸된 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 보험대상자(피보험자)가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제2항을 적용합니다. 그러나 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 보험대상자(피보험자)가 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.

⑤ 계속 중인 입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

⑥ 보험대상자(피보험자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 중인 입원으로 봅니다.

⑦ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(입원확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 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 3영업일 이내에 입원급여금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 입원급여금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 지급기일 내에 입원급여금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ③ 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
 1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 이 특약의 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
 2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 이 특약의 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. 갱신된 특약의 보험기간 종료일이 보험대상자(피보험자)의 나이가 70세가 되는 날을 초과하는 경우

③ 제1항에 따라 계약이 갱신되는 경우에 갱신후 약관은 갱신 전 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 갱신 후 약관으로 적용합니다.

④ 갱신되는 특약의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항에도 불구하고 갱신 전 특약의 보험기간 만료일 다음날로 합니다.

⑤ 이 특약의 갱신시 적용하는 보험료는 갱신일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다.

⑥ 회사는 이 계약의 보험기간 만료일 30일 전까지 다음의 사항을 계약자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

1. 제2항 제2호의 갱신제한 사유에 해당하는 경우 그 사유

2. 제3항에 따라 변경된 약관을 갱신 후 약관으로 적용하는 경우 그 변경된 내용

3. 제5항의 갱신계약 보험요율

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

(주) 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

(별표2)

재해분류표

주계약 약관의 별표2(재해분류표)와 동일

(별표3)

장해분류표

주계약 약관의 별표3(장해분류표)와 동일

(별표4)

질병 및 재해 분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

(주) () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

무배당 건강보장특약 약관

무배당 건강보장특약 약관

제1관 특약의 성립 및 유지

- 제 1조 【특약의 체결 및 효력】
- 제 2조 【보험대상자(피보험자)의 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(효력회복)】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

- 제10조 【뇌출혈의 정의 및 진단확정】
- 제11조 【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】
- 제12조 【말기신부전의 정의 및 진단확정】
- 제13조 【말기간질환의 정의 및 진단확정】
- 제14조 【보험금의 종류 및 지급사유】
- 제15조 【보험금 지급에 관한 세부규정】
- 제16조 【해약환급금】

제4관 보험금 지급 등의 절차

- 제17조 【보험금 등 청구시 구비서류】
- 제18조 【보험금 등의 지급】

제5관 기타사항

- 제19조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

무배당 건강보장특약 약관

제1관 특약의 성립 및 유지

제 1조 【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 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다. 단, 주계약이 연생보험일 경우 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 계약자 또는 보험대상자(주피보험자)[주계약의 계약자와 보험대상자(주피보험자)가 상이할 경우에는 보험대상자(주피보험자)]로 합니다.

제 3조 【특약내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 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.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4조 【계약자의 임의해지】

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

제 5조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 6조 【특약의 소멸】

① 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되거나, 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애분류표(별표3 참조, 이하 같습니다) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정하는 재해를 말하며, 이하 같습니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었을 경우 또는 이 특약의 약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었으나 주계약이 소멸되지 아니하는 경우에는 이 특약도 주계약에 따라 소멸되지 아니합니다.

③ 제1항에는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

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 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에 회사는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간(이하 “납입최고(독촉)기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합

니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제 9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 【뇌출혈의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에서 “뇌출혈”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류 중 “뇌출혈 분류표(별표4 참조)”에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력 및 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다.

그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제11조 【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 “급성심근경색증”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류 중 “급성심근경색증 분류표(별표5 참조)”에서 정한 질병을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력

과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 보험대상자(피보험자)가 급성심근경색증로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제12조 【말기신부전의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에서 “말기신부전”이라 함은 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 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 신장기능 검사를 포함한 혈액검사, 소변검사, 초음파검사, 조직검사 등을 기초로 하여야 합니다. 단, 혈액투석, 복막투석 및 신장이식은 상기의 병원 또는 의사에 의해 행해져야 합니다.

제13조 【말기간질환의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에서 “말기간질환”이라 함은 “말기간질환 분류표(별표7 참조)”에서 정하는 질병을 말합니다.

② 말기간질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 간기능검사를 포함한 혈액검사, 간초음파검사, 조직검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제14조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 “보험금 지급기준표”(별표1 참조)에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단이 확정되었을 때 : 뇌출혈 진단급여금(단, 최초 1회에 한함)

2. 보험대상자(피보험자)가 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 : 급성심근경색증 진단급여금(단, 최초 1회에 한함)
3. 보험대상자(피보험자)가 말기신부전으로 진단이 확정되었을 때 : 말기신부전 진단급여금(단, 최초 1회에 한함)
4. 보험대상자(피보험자)가 말기간질환으로 진단이 확정되었을 때 : 말기간질환 진단급여금(단, 최초 1회에 한함)

제15조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우
2. 제6조(특약의 소멸) 제2항에 따라 이 특약이 소멸되지 아니한 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애 지급률이 50%이상이며 80% 미만인 장애상태가 되었을 경우
3. 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전 또는 말기간질환으로 진단이 확정되었을 경우

② 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 각 호의 진단급여금은 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전, 말기간질환 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급하여 드립니다.

③ 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전 또는 말기간질환을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제2항에 따라 그 질병에 해당하는 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)의 진단급여금을 지급합니다.

④ 제1항 제2호 및 제6조(특약의 소멸) 제1항 내지 제2항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항 제2호 및 제6조(특약의 소멸) 제1항 내지 제2항에서 「동일한 재해」란 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑦ 제1항 제2호 및 제6조(특약의 소멸) 제1항 내지 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파

생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑧ 제1항 제2호 및 제6조(특약의 소멸) 제1항 내지 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 "한시장애"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑨ 제1항 제2호 및 제6조(특약의 소멸) 제1항 내지 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장애진단서 등]
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 수령 및 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 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 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 제16조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

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

제5관 기타사항

제19조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000만원]

■ 뇌출혈 진단급여금(약관 제14조 제1호)

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단이 확정되었을 때(최초 1회의 진단확정에 한함)
지급 금액	경과기간 1년 미만 : 500만원 경과기간 1년 이상 : 1,000만원

■ 급성심근경색증 진단급여금(약관 제14조 제2호)

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회 진단확정에 한함)
지급 금액	경과기간 1년 미만 : 500만원 경과기간 1년 이상 : 1,000만원

■ 말기신부전 진단급여금(약관 제14조 제3호)

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 말기신부전으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회 진단확정에 한함)
지급 금액	경과기간 1년 미만 : 250만원 경과기간 1년 이상 : 500만원

■ 말기간질환 진단급여금(약관 제14조 제4호)

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 말기간질환으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회 진단확정에 한함)
지급 금액	경과기간 1년 미만 : 250만원 경과기간 1년 이상 : 500만원

(주) 경과기간은 계약일을 기준으로 하여 계산합니다.

(별표2)

재해분류표

주계약 약관의 별표2(재해분류표)와 동일

(별표3)

장해분류표

주계약 약관의 별표3(장해분류표)와 동일

(별표4)

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준
질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에
적은 질병을 말합니다.

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

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추
가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도
포함하는 것으로 합니다.

(별표5)

급성심근경색증 분류표

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

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

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표6)

말기신부전 분류표

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

분류항목	분류번호
말기 콩팥(신장)병	N18.0

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표7)

말기간질환 분류표

이 약관에서 “말기간질환”이라 함은 간질환 중에서 영구적인 황달, 복수, 뇌병증의 3가지 기준을 모두 충족시키는 말기간질환증을 말합니다.

무배당

의료비보장특약(갱신형) 약관 [1종 (종합보장형)]

※ 이 특약은 본인형만 가입 가능하며, 약관 내용 중 본인형에 해당되는 내용만을 적용합니다.

무배당 의료비보장특약(갱신형) 약관

[1종 (종합보장형)]

제1관 특약의 성립과 유지

- 제 1조 【특약의 체결 및 효력】
- 제 2조 【보험대상자(피보험자)의 범위】
- 제 3조 【특약내용의 변경】
- 제 4조 【특약의 갱신】
- 제 5조 【계약자의 임의해지】
- 제 6조 【특약의 보험기간】
- 제 7조 【특약의 소멸】

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

- 제 8조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】
- 제 9조 【보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】
- 제10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

- 제11조 【“입원”의 정의와 장소】
- 제12조 【“통원” 및 “처방조제”의 정의와 장소】
- 제13조 【“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위】
- 제14조 【보험금의 종류 및 지급사유】
- 제15조 【보험금 지급에 관한 세부규정】
- 제16조 【다수보험의 처리】
- 제17조 【해약환급금】

제4관 보험금 지급 등의 절차

- 제18조 【보험금 등 청구시 구비서류】
- 제19조 【보험금 등의 지급】

제5관 기타사항

- 제20조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

무배당 의료비보장특약 약관

제1관 특약의 성립과 유지

제 1조 【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 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 제 4조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.
- ③ 이 특약의 최초 계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ④ 이 특약은 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입이 거절될 수 있으며, 이러한 경우 보험대상자(피보험자)가 청약을 하고 청약을 거절하기 전에 보험금 지급사유가 발생하고 그 보험금 지급사유가 보험가입이 거절되는 직업 또는 직종과 인과관계가 있는 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

제 2조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 국민건강보험법에 의한 건강보험의 가입자 또는 피부양자로서 본인형, 배우자형, 자녀형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약의 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
 3. 자녀형의 경우 주계약의 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀[주계약 보험대상자(피보험자)와 실질적 부양관계에 있는 자 포함] 중 특약체결시 계약자가 선택한 1인으로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)]

자))의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우[단, 주계약 보험대상자(피보험자)의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

③ 배우자형 및 자녀형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 또는 자녀[주계약 보험대상자(피보험자)와 실질적 부양관계에 있는 자 포함]의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면의 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제 3조 【특약내용의 변경】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다. 단, 이 특약은 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험가입금액의 변경이 적용되지 않습니다.

② 주계약을 감액완납보험으로 변경하는 경우 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 아니하며 보험료를 계속해서 납입하여야 합니다.

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

제 4조 【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 제9조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 갱신되는 것으로 합니다.

② 이 특약의 갱신종료나이는 80세(단, 자녀형의 경우는 24세)와 주계약 보험기간이 종료되는 나이 중 적은 나이로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신하지 아니합니다.

1. 계약자가 보험기간 종료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아

니한다는 뜻을 회사에 통지한 경우

2. 보험대상자(피보험자)의 나이가 갱신종료나이 이상일 경우

④ 회사는 의료수가의 변동 및 국민건강보험 관련 법규의 개정 등을 고려하여 이 특약의 내용 중 금융위원회의 승인을 얻은 사항에 대하여 갱신시 변경하여 적용할 수 있습니다.

⑤ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 회사는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 다음의 사항을 계약자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

1. 제3항 제2호의 갱신제한 사유에 해당하는 경우 그 사유

2. 제4항에 따라 변경된 약관을 갱신 후 약관으로 적용하는 경우 그 변경된 내용

3. 제5항의 갱신계약 보험요율

제 5조 【계약자의 임의해지】

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 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 6조 【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 3년만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 다음 각 호의 경우에는 1년 만기 갱신부로 운영합니다.

1. 갱신일부터 제4조(특약의 갱신) 제2항에서 정하는 갱신종료나이가 속하는 보험년도 계약해당일까지의 기간이 3년 미만일 경우

2. 주계약 보험기간이 3년 미만일 경우

제 7조 【특약의 소멸】

다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지, 무효, 취소된 경우 또는 주계약의 보험대상자(피보험자))[주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)]가 사망하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우

2. 배우자형 및 자녀형의 경우 주계약이 해지, 무효, 취소된 경우 또는 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 사망한 경우

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가서에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 9조 【보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 최초계약의 제2회 이후의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 보험료 납입기일을 준용합니다.
- ② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우에는, 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 이 특약의 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약은 해지됩니다. 단, 이 경우에도 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간 종료 후 제9조(보

혐료 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지 제3항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제11조 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의료법 제2조(의료인) 규정에 의한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다.)가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 재해를 직접적인 목적으로 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 국민건강보험법 제40조(요양기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 의원(조산원 제외)(이하 “병원”이라 합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조 【“통원” 및 “처방조제”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “통원”과 “처방조제”라 함은 의사 및 약사법 제2조 제2항 규정에 의한 약사의 자격을 가진 자(이하 “약사”라 합니다.)가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 재해를 직접적인 목적으로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 다음과 같이 구분합니다.

1. 통원 : 병원에 입원하지 아니하고 병원에 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2. 처방조제 : 제1호(통원)로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 병원 및 약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소(이하 “약국”이라 합니다.)의 약사가 조제하는 것을 말합니다.

제13조 【“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위】

① 이 특약에서 “실손의료비”라 함은 입원, 통원 또는 처방조제로 인하여 국민건강보험법에 따라 발생한 의료비 중 다음의 제1호 내지 제3호를 합한 금액으로 병원 또는 약국에 실제로 지불한 의료비를 말합니다.

1. 국민건강보험법상 요양급여(이하 “요양급여”라 합니다.) 중 본인 부담금
2. 요양급여부분에 해당되지 않는 의료비

3. 의사의 처방전에 의한 약국 조제료 및 약제비로서 제1호 및 제2호에 해당하는 의료비
- ② 제1항에도 불구하고 “보상대상의료비”란 실손의료비 중 다음에서 정한 사항을 제외한 의료비를 말합니다.
 1. 국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정한 치과병원, 치과의원, 종합병원의 치과 또는 한방병원, 한의원, 요양병원의 한방에서 발생한 비급여 의료비
 2. 자동차보험, 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 의료비
 3. 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 경우를 치료하기 위한 의료비
 - 가. 비만(E66)
 - 나. 정신 및 행동장애(F00 ~ F99)
 - 다. 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환(별표2 참조)
 - 라. 여성생식기 비염증성 장애(별표3 참조)
 - 마. 임신, 출산 및 산후기(O00 ~ O99)
 - 바. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00 ~ Q99)
 - 사. 생식과 관련된 상황에서 보건서비스와 접하고 있는 사람(Z30 ~ Z39)
 4. 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 및 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 피로, 권태, 심신허약, 주근깨, 점(모반), 여드름 등
 - 나. 발기부전·불감증, 단순포경, 단순코골음, 검열반 등
 5. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
 - 라. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 6. 질병 또는 재해를 치료목적으로 하지 않는 건강검진 및 예방접종, 보조생식술(체내/체외 인공수정 포함), 불임수술 등을 포함한 예방진료비
 7. 보험대상자(피보험자)의 자해, 자살미수, 형법상의 범죄행위, 폭력행위로 인하여 발생한 의료비(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우는 제외)
 8. 영양제, 종합비타민제, 호르몬, 미용치료의 목적이 혼재되어 있는 약제 등 투약비용, 보완 대체의료관련 비용(예 : 스포츠의학

스트레칭, 카이로프랙틱, 이완요법, 명상요법, 그림요법, 테이핑요법 등)

9. 기타 아래의 경우를 치료하기 위한 의료비

가. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용

나. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독, 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 경우(단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)

다. 진료와 무관한 경우(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용

제14조 【보험금의 종류 및 지급사유】

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 “보험금 지급기준표”(별표1 참조)에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하여 보상대상의료비가 발생하였을 때 그 금액의 80%(단, 입원하여 발생한 보상대상의료비의 병실료 중 요양급여부분에 해당되지 않는 병실료는 실제입원병실과 해당 요양기관의 급여 대상 기준병실의 병실료를 뺀 차액(이하 “상급병실차액”이라 합니다)의 50%를 지급하며, 이 경우 1일 평균 8만원을 한도로 합니다) : 입원의료비보상책임액(단, 합산하여 연간 3,000만원을 한도로 합니다)

2. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원에 의한 보상대상의료비가 발생하였을 때 통원 1회당 5,000원을 공제한 금액의 80% : 통원의료비보상책임액(단, 통원 1회당 10만원, 연간 180회를 한도로 합니다)

3. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 처방조제에 의한 보상대상의료비가 발생하였을 때 처방전당 3,000원을 공제한 금액의 80% : 처방조제비보상책임액(단, 처방전당 5만원, 연간 180회를 한도로 합니다)

(이하 “입원의료비보상책임액”, “통원의료비보상책임액” 및 “처방조제비보상책임액”을 합하여 “보상책임액”이라 합니다.)

② 제1항 각호에서 “1일 평균”, “통원 1회당” 및 “처방전당”의 의미는 다음과 같습니다.

1. 제1항 제1호의 “1일 평균”이라 함은 입원기간동안 발생한 총 상급병실차액의 50%를 입원일수로 나눈 금액을 말합니다.
2. 제1항 제2호의 “통원 1회당”이라 함은 보험대상자(피보험자)가 통원으로 인한 진찰료 발생1회를 기준으로 하며, 해당 진료로 인하여 발생한 모든 치료를 포함합니다.
3. 제1항 제3호의 “처방전당”이라 함은 보험대상자(피보험자)가 처방조제 기준에 의하여 발생한 처방전 1건을 말합니다.

제15조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약은 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
- ② 이 특약에서 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외하며, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ③ 입원의료비보상책임액의 연간 지급한도는 보험금 지급사유 발생일이 매년 계약해당일부터 1년 이내에 해당하는 입원의료비보상책임액을 기준으로 적용합니다.
- ④ 제13조(“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위) 제1항의 정의에도 불구하고 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액은 보장하지 않습니다. 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 발생하는 경우로는 국민건강보험법 시행령 제22조(비용의 본인부담) 제1항의 규정에 의한 본인부담금 상한제 등이 있습니다. 본인부담금 상한제한, 요양급여 중 본인부담금이 6개월간 200만원을 초과하는 경우에는 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말합니다.
- ⑤ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유 없이 입원, 통원 또는 처방조제 기간 중 의사 또는 약사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 보상책임액의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑥ 국민건강보험 관련 법령 및 규정이 개정될 경우 이 특약은 개정된 국민건강보험 관련 법령 및 규정을 준용합니다.
- ⑦ 제13조(“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위) 제1항 및 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 다음 각 호 및 이와 유사한 사유로 인하여 국민건강보험법의 적용을 받지 못하는 경우에는 본인이 입원, 통원 또는 처방조제로 인하여 실제로 병원 또는 약국에 부담한 의료비 중 국민건강보험법의 적용을 받지 못한 의료비(단, 통원 및 처방조제의 경우는 공제금액을 차감)의 32% 해당액을 지급합니다. 이 경우 보상에서 제외되는 의료비, 공제금액 및 지급한도 등에 대해서는 제13조(“실손의료비” 및

“보상대상의료비”의 정의 및 범위) 제2항, 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 및 제15조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 내지 제6항의 규정을 준용합니다.

1. 자동차보험, 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 경우
2. 국민건강보험의 보험료 체납 등으로 인하여 급여가 제한 또는 정지되었을 경우

제16조 【다수보험의 처리】

- ① 다수보험이라 함은 의료비를 실손 보상하는 보험계약이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말합니다.
- ② 제1항에서 다수보험 계약에 해당되는 보험종목은 제3보험(생손보)의 상해, 질병, 간병보험 및 손해보험의 종합, 장기손해, 개인연금, 퇴직보험(특약포함)으로 하며 이하 ‘다수보험 계약’이란 이러한 보험종목을 말합니다.
- ③ 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제5항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ④ 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고 한도로 합니다.
- ⑤ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 통원, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

<p>각 계약별 비례분담액 = 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액 × $\frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$</p>
--

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 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서[진료비계산서(통원의료비보상책임액의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 진단서, 진료비영수증, 의사처방전(약국에서 조제 투약한 경우에 한함) 등]
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 국민건강보험법 제40조(요양기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원(조산원 제외) 또는 약사법 제2조 제3항에서 정한 약국에서 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 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ③ 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
 1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 이 특약의 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
 2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 이 특약의 예정이율 + 1%

제5관 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.

(별표1)

보험금 지급기준표

① 입원의료비보상책임액(약관 제14조 제1항 제1호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하여 보상대상의료비가 발생하였을 때
지급 금액	입원하여 발생한 보상대상의료비의 80% (상급병실차액의 경우는 50%) 단, 상급병실차액의 50%는 1일 평균 8만원을 한도로 하며, 입원의료비보상책임액은 합산하여 연간 3,000만원을 한도로 함

② 통원의료비보상책임액(약관 제14조 제1항 제2호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원에 의한 보상대상의료비가 발생하였을 때
지급 금액	통원 1회당 5,000원을 공제한 금액의 80% 단, 통원 1회당 10만원, 연간 180회를 한도로 함

③ 처방조제비보상책임액(약관 제14조 제1항 제3호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 처방조제에 의한 보상대상의료비가 발생하였을 때
지급 금액	처방전당 3,000원을 공제한 금액의 80% 단, 처방전당 5만원, 연간 180회를 한도로 함

- (주) 1. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약은 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
2. 각 보상대상의료비에 대하여 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 약관 제16조(다수보험의 처리)에 의한 금액을 보상책임액으로 지급합니다.
3. 입원의료비보상책임액의 연간 지급한도는 보험금 지급사유 발생일이 매년 계약해당일부터 1년 이내에 해당하는 입원의료비보상책임액을 기준으로 적용합니다.

(별표2)

비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환

대 상 질 병 명	분류번호
1. 치질	I84
2. 항문 및 직장부의 열구 및 셋길(누공)	K60
3. 항문 및 직장부의 고름집(농양)	K61
4. 항문 및 직장의 기타질환	K62
5. 비뇨기계통의 기타장애	N39
6. 상세불명의 요실금	R32

(별표3)

여성생식기 비염증성 장애

대 상 질 병 명	분류번호
1. 습관성 유산자	N96
2. 여성 불임증	N97
3. 인공 수정과 관련된 합병증	N98

무배당

의료비보장특약(갱신형) 약관 [2종 (질병보장형)]

※ 이 특약은 본인형만 가입 가능하며, 약관 내용 중 본인형에 해당되는 내용만을 적용합니다.

무배당 의료비보장특약(갱신형) 약관

[2종 (질병보장형)]

제1관 특약의 성립과 유지

- 제 1조 【특약의 체결 및 효력】
- 제 2조 【보험대상자(피보험자)의 범위】
- 제 3조 【특약내용의 변경】
- 제 4조 【특약의 갱신】
- 제 5조 【계약자의 임의해지】
- 제 6조 【특약의 보험기간】
- 제 7조 【특약의 소멸】

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

- 제 8조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】
- 제 9조 【보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】
- 제10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

- 제11조 【“입원”의 정의와 장소】
- 제12조 【“통원” 및 “처방조제”의 정의와 장소】
- 제13조 【“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위】
- 제14조 【보험금의 종류 및 지급사유】
- 제15조 【보험금 지급에 관한 세부규정】
- 제16조 【다수보험의 처리】
- 제17조 【해약환급금】

제4관 보험금 지급 등의 절차

- 제18조 【보험금 등 청구시 구비서류】
- 제19조 【보험금 등의 지급】

제5관 기타사항

- 제20조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

무배당 의료비보장특약 약관

제1관 특약의 성립과 유지

제 1조 【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 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 제 4조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.
- ③ 이 특약의 최초 계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ④ 이 특약은 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입이 거절될 수 있으며, 이러한 경우 보험대상자(피보험자)가 청약을 하고 청약을 거절하기 전에 보험금 지급사유가 발생하고 그 보험금 지급사유가 보험가입이 거절되는 직업 또는 직종과 인과관계가 있는 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

제 2조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 국민건강보험법에 의한 건강보험의 가입자 또는 피부양자로서 본인형, 배우자형, 자녀형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약의 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
 3. 자녀형의 경우 주계약의 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀[주계약 보험대상자(피보험자)와 실질적 부양관계에 있는 자 포함] 중 특약체결시 계약자가 선택한 1인으로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)]

자))의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우[단, 주계약 보험대상자(피보험자)의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

③ 배우자형 및 자녀형의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)[주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 또는 자녀[주계약 보험대상자(피보험자)와 실질적 부양관계에 있는 자 포함]의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면의 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제 3조 【특약내용의 변경】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다. 단, 이 특약은 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험가입금액의 변경이 적용되지 않습니다.

② 주계약을 감액완납보험으로 변경하는 경우 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 아니하며 보험료를 계속해서 납입하여야 합니다.

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

제 4조 【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 제9조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 갱신되는 것으로 합니다.

② 이 특약의 갱신종료나이는 80세(단, 자녀형의 경우는 24세)와 주계약 보험기간이 종료되는 나이 중 적은 나이로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신하지 아니합니다.

1. 계약자가 보험기간 종료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아

니한다는 뜻을 회사에 통지한 경우

2. 보험대상자(피보험자)의 나이가 갱신종료나이 이상일 경우

④ 회사는 의료수가의 변동 및 국민건강보험 관련 법규의 개정 등을 고려하여 이 특약의 내용 중 금융위원회의 승인을 얻은 사항에 대하여 갱신시 변경하여 적용할 수 있습니다.

⑤ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 회사는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 다음의 사항을 계약자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

1. 제3항 제2호의 갱신제한 사유에 해당하는 경우 그 사유

2. 제4항에 따라 변경된 약관을 갱신 후 약관으로 적용하는 경우 그 변경된 내용

3. 제5항의 갱신계약 보험요율

제 5조 【계약자의 임의해지】

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 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 6조 【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 3년만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 다음 각 호의 경우에는 1년 만기 갱신부로 운영합니다.

1. 갱신일부터 제4조(특약의 갱신) 제2항에서 정하는 갱신종료나이가 속하는 보험년도 계약해당일까지의 기간이 3년 미만일 경우

2. 주계약 보험기간이 3년 미만일 경우

제 7조 【특약의 소멸】

다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지, 무효, 취소된 경우 또는 주계약의 보험대상자(피보험자))[주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)]가 사망하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우

2. 배우자형 및 자녀형의 경우 주계약이 해지, 무효, 취소된 경우 또는 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 사망한 경우

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가서에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 9조 【보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 최초계약의 제2회 이후의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 보험료 납입기일을 준용합니다.
- ② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우에는, 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 이 특약의 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약은 해지됩니다. 단, 이 경우에도 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간 종료 후 제9조(보

혐료 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제3항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제11조 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의료법 제2조(의료인) 규정에 의한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다.)가 보험대상자(피보험자)의 질병(별표2 “질병분류표”에서 정한 질병을 말하며, 이하 동일합니다)을 직접적인 목적으로 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 국민건강보험법 제40조(요양기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 의원(조산원 제외)(이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조 【“통원” 및 “처방조제”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “통원”과 “처방조제”라 함은 의사 및 약사법 제2조 제2항 규정에 의한 약사의 자격을 가진 자(이하 “약사”라 합니다.)가 보험대상자(피보험자)의 질병을 직접적인 목적으로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 다음과 같이 구분합니다.

1. 통원 : 병원에 입원하지 아니하고 병원에 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2. 처방조제 : 제1호(통원)로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 병원 및 약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소(이하 “약국”이라 합니다)의 약사가 조제하는 것을 말합니다.

제13조 【“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위】

① 이 특약에서 “실손의료비”라 함은 입원, 통원 또는 처방조제로 인하여 국민건강보험법에 따라 발생한 의료비 중 다음의 제1호 내지 제3호를 합한 금액으로 병원 또는 약국에 실제로 지불한 의료비를 말합니다.

1. 국민건강보험법상 요양급여(이하 “요양급여”라 합니다) 중 본인 부담금

2. 요양급여부분에 해당되지 않는 의료비
 3. 의사의 처방전에 의한 약국 조제료 및 약제비로서 제1호 및 제2호에 해당하는 의료비
- ② 제1항에도 불구하고 “보상대상의료비”란 실손의료비 중 다음에서 정한 사항을 제외한 의료비를 말합니다.
1. 국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정한 치과병원, 치과의원, 종합병원의 치과 또는 한방병원, 한의원, 요양병원의 한방에서 발생한 비급여 의료비
 2. 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 의료비
 3. 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 경우를 치료하기 위한 의료비
 - 가. 비만(E66)
 - 나. 정신 및 행동장애(F00 ~ F99)
 - 다. 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환(별표3 참조)
 - 라. 여성생식기 비염증성 장애(별표4 참조)
 - 마. 임신, 출산 및 산후기(O00 ~ O99)
 - 바. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00 ~ Q99)
 - 사. 생식과 관련된 상황에서 보건서비스와 접하고 있는 사람(Z30 ~ Z39)
 4. 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 및 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 피로, 권태, 심신허약, 주근깨, 점(모반), 여드름 등
 - 나. 발기부전·불감증, 단순포경, 단순코골음, 검열반 등
 5. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
 - 라. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 6. 질병을 치료목적으로 하지 않는 건강검진 및 예방접종, 보조생식술(체내/체외 인공수정 포함), 불임수술 등을 포함한 예방진료비
 7. 보험대상자(피보험자)의 자해, 자살미수, 형법상의 범죄행위, 폭력행위로 인하여 발생한 의료비(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우는 제외)
 8. 영양제, 종합비타민제, 호르몬, 미용치료의 목적이 혼재되어 있

는 약제 등 투약비용, 보완 대체의료관련 비용(예 : 스포츠의학 스트레칭, 카이로프랙틱, 이완요법, 명상요법, 그림요법, 테이핑 요법 등)

9. 기타 아래의 경우를 치료하기 위한 의료비

- 가. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
- 나. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독, 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 경우(단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)
- 다. 진료와 무관한 경우(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용

제14조 【보험금의 종류 및 지급사유】

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 “보험금 지급기준표”(별표1 참조)에서 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하여 보상대상의료비가 발생하였을 때 그 금액의 80%[단, 입원하여 발생한 보상대상의료비의 병실료 중 요양급여부분에 해당되지 않는 병실료는 실제입원 병실과 해당 요양기관의 급여 대상 기준병실의 병실료를 뺀 차액(이하 “상급병실차액”이라 합니다)의 50%를 지급하며, 이 경우 1일 평균 8만원을 한도로 합니다] : 입원의료비보상책임액(단, 합산하여 연간 3,000만원을 한도로 합니다)
- 2. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원에 의한 보상대상의료비가 발생하였을 때 통원 1회당 5,000원을 공제한 금액의 80% : 통원의료비보상책임액(단, 통원 1회당 10만원, 연간 180회를 한도로 합니다)
- 3. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 처방조제에 의한 보상대상의료비가 발생하였을 때 처방전당 3,000원을 공제한 금액의 80% : 처방조제비보상책임액(단, 처방전당 5만원, 연간 180회를 한도로 합니다)

(이하 “입원의료비보상책임액”, “통원의료비보상책임액” 및 “처방조제비보상책임액”을 합하여 “보상책임액”이라 합니다.)

② 제1항 각호에서 “1일 평균”, “통원 1회당” 및 “처방전당”의 의미는

다음과 같습니다.

1. 제1항 제1호의 “1일 평균”이라 함은 입원기간동안 발생한 총 상급병실차액의 50%를 입원일수로 나눈 금액을 말합니다.
2. 제1항 제2호의 “통원 1회당”이라 함은 보험대상자(피보험자)가 통원으로 인한 진찰료 발생1회를 기준으로 하며, 해당 진료로 인하여 발생한 모든 치료를 포함합니다.
3. 제1항 제3호의 “처방전당”이라 함은 보험대상자(피보험자)가 처방조제 기준에 의하여 발생한 처방전 1건을 말합니다.

제15조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약은 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
- ② 이 특약에서 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.
- ③ 입원의료비보상책임액의 연간 지급한도는 보험금 지급사유 발생일이 매년 계약해당일부터 1년 이내에 해당하는 입원의료비보상책임액을 기준으로 적용합니다.
- ④ 제13조(“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위) 제1항의 정의에도 불구하고 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액은 보장하지 않습니다. 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 발생하는 경우로는 국민건강보험법 시행령 제22조(비용의 본인부담) 제1항의 규정에 의한 본인부담금 상한제 등이 있습니다. 본인부담금 상한제한, 요양급여 중 본인부담금이 6개월간 200만원을 초과하는 경우에는 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말합니다.
- ⑤ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유 없이 입원, 통원 또는 처방조제 기간 중 의사 또는 약사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 보상책임액의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑥ 국민건강보험 관련 법령 및 규정이 개정될 경우 이 특약은 개정된 국민건강보험 관련 법령 및 규정을 준용합니다.
- ⑦ 제13조(“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위) 제1항 및 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 다음 각 호 및 이와 유사한 사유로 인하여 국민건강보험법의 적용을 받지 못하는 경우에는 본인이 입원, 통원 또는 처방조제로 인하여 실제로 병원 또는 약국에 부담한 의료비 중 국민건강보험법의 적용을 받지 못한 의료비(단, 통원 및 처방조제의 경우는 공제금액을 차감)의 32% 해당액을 지급합니다. 이 경우 보상에서 제외되는 의료비, 공제금액 및 지급한도 등에 대해서는 제13조(“실손의료비” 및

“보상대상의료비”의 정의 및 범위) 제2항, 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 및 제15조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 내지 제6항의 규정을 준용합니다.

1. 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 경우
2. 국민건강보험의 보험료 체납 등으로 인하여 급여가 제한 또는 정지되었을 경우

제16조 【다수보험의 처리】

- ① 다수보험이라 함은 의료비를 실손 보상하는 보험계약이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말합니다.
- ② 제1항에서 다수보험 계약에 해당되는 보험종목은 제3보험(생손보)의 상해, 질병, 간병보험 및 손해보험의 종합, 장기손해, 개인연금, 퇴직보험(특약포함)으로 하며 이하 ‘다수보험 계약’이란 이러한 보험종목을 말합니다.
- ③ 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제5항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ④ 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고 한도로 합니다.
- ⑤ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 통원, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

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

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 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서[진료비계산서(통원의료비보상책임액의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 진단서, 진료비영수증, 의사처방전(약국에서 조제 투약한 경우에 한함) 등]
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 국민건강보험법 제40조(요양기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원(조산원 제외) 또는 약사법 제2조 제3항에서 정한 약국에서 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 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ③ 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
 1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 이 특약의 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
 2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 이 특약의 예정이율 + 1%

제5관 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.

(별표1)

보험금 지급기준표

① 입원의료비보상책임액(약관 제14조 제1항 제1호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하여 보상대상 의료비가 발생하였을 때
지급 금액	입원하여 발생한 보상대상의료비의 80% (상급병실차액의 경우는 50%) 단, 상급병실차액의 50%는 1일 평균 8만원을 한도로 하며, 입원의료비보상책임액은 합산하여 연간 3,000만원을 한도로 함

② 통원의료비보상책임액(약관 제14조 제1항 제2호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원에 의한 보상대상의료비가 발생하였을 때
지급 금액	통원 1회당 5,000원을 공제한 금액의 80% 단, 통원 1회당 10만원, 연간 180회를 한도로 함

③ 처방조제비보상책임액(약관 제14조 제1항 제3호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 처방조제에 의한 보상대상의료비가 발생하였을 때
지급 금액	처방전당 3,000원을 공제한 금액의 80% 단, 처방전당 5만원, 연간 180회를 한도로 함

- (주) 1. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약은 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
2. 각 보상대상의료비에 대하여 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 약관 제16조(다수보험의 처리)에 의한 금액을 보상책임액으로 지급합니다.
3. 입원의료비보상책임액의 연간 지급한도는 보험금 지급사유 발생일이 매년 계약해당일부터 1년 이내에 해당하는 입원의료비보상책임액을 기준으로 적용합니다.

(별표2)

질병분류표

1. 보장대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

한국표준질병·사인분류상의 (A00~R99, U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

주 () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 질병 이외에 추가로 위 1 및 2의 각호의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표3)

비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환

무배당 의료비보장특약(갱신형) 1종(종합보장형) 약관의
별표2(비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환)와 동일

(별표4)

여성생식기 비염증성 장애

무배당 의료비보장특약(갱신형) 1종(종합보장형) 약관의
별표3(여성생식기 비염증성 장애)과 동일

무배당 암치료보장특약Ⅲ 약관

무배당 암치료보장특약III 약관

제1관 특약의 성립 및 유지

- 제 1조 【특약의 체결 및 효력】
- 제 2조 【보험대상자(피보험자)의 범위】
- 제 3조 【특약내용의 변경】
- 제 4조 【특약의 무효】
- 제 5조 【계약자의 임의해지】
- 제 6조 【특약의 보험기간】
- 제 7조 【특약의 소멸】

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

- 제 8조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】
- 제 9조 【보험료 납입연체시 특약의 해지】
- 제 10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

- 제11조 【“암”, “유방암”, “갑상샘암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】
- 제12조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】
- 제13조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】
- 제14조 【“입원” 및 “수술”의 정의와 장소】
- 제15조 【보험금의 종류 및 지급사유】
- 제16조 【보험금 지급에 관한 세부규정】
- 제17조 【해약환급금】

제4관 보험금 지급 등의 절차

- 제18조 【보험금 등 청구시 구비서류】
- 제19조 【보험금 등의 지급】

제5관 기타사항

- 제20조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

무배당 암치료보장특약III 약관

제1관 특약의 성립 및 유지

제 1조 【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 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제11조(“암”, “유방암”, “갑상샘암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암” 보장에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암 보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제 2조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다. 단, 주계약이 연생보험일 경우 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 계약자 또는 보험대상자(주피보험자)[주계약의 계약자와 보험대상자(주피보험자)가 상이할 경우에는 보험대상자(주피보험자)]로 합니다.

제 3조 【특약의 무효】

보험대상자(피보험자)가 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난 날 이전에 제11조(“암”, “유방암”, “갑상샘암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단 확정 되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제 4조 【특약내용의 변경】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 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) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

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

제 5조 【계약자의 임의해지】

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 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 6조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 7조 【특약의 소멸】

① 주계약이 해지되거나 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(별표3 참조, 이하 같습니다) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정하는 재해를 말하며, 이하 같습니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었으나 주계약이 소멸되지 아니하는 경우에는 주계약에 따라 이 특약도 소멸되지 아니합니다.

③ 제1항에는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험

료와 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 납입최고(독촉)기간(이하 “납입최고(독촉)기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제 10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제11조 【“암”, “유방암”, “갑상샘암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 “대상이 되는 악성신생물분류표[기타피부암 및 갑상샘암 제외](별표4 참조)”에서 정한 악성신생물로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물), 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 제1항에서 암으로 분류되는 질병중 제5차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 “유방암”, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 “갑

상샘암"이라 합니다.

③ 이 특약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암, 기타피부암 및 갑상샘암의 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 "암"또는 "기타피부암" 및 "갑상샘암"에 대한 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 "암" 또는 "기타피부암" 및 "갑상샘암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "상피내암"이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 "상피내의 신생물 분류표(별표5 참조)"에서 정한 질병을 말합니다.

② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 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 상피내암에 대한 임상학적 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "경계성 종양"이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표6 참조)"에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 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 경계성종양에 대한 임상학적 진단이 경계성종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고

있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조 【“입원” 및 “수술”의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 보험대상자(피보험자)의 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사가 보험대상자(피보험자)의 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외 합니다.

제15조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 “보험금 지급기준표”(별표1 참조)에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었거나 또는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성종양, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암으로 진단이 확정되었을 때 : 진단급여금(단, 각각 최초 1회에 한함)

단, 유방암의 경우 암 보장개시일 이후에 보험계약일로부터 180일 이내 진단확정시 특약보험가입금액의 10%를 지급함.

2. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접 목적으로 하여 수술을 받았을 때 또는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성종양, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암으로 진단이 확정되고 그 경계성종양, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암의 치료를 직접 목적으로 수술을 받았을 때 : 수술급여금

3. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접 목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 또는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성종양, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암으로 진단이 확정되고 그 경계성종양, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암의 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 입원급여금

제16조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때
2. 보험대상자(피보험자)가 암(경계성종양, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암 제외)으로 진단이 확정되었을 경우
3. 제7조(특약의 소멸) 제2항에 따라 이 특약이 소멸되지 아니한 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애 지급률이 50% 이상이며 80% 미만인 장애상태가 되었을 경우

② 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 진단급여금은 암, 경계성종양, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급하여 드립니다.

③ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 경우 동일한 재해로 인하여 장애상태가 되고 그 장애지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180일이 되는 날 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일로부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 장애에 해당하거나, 하나의 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우 각각 그중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑦ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 "한시장애"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지

급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표와 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 진단급여금을 지급합니다. 다만, 암 보장개시일 전일 이전에 암으로 진단확정된 경우에는 제외합니다. 또한, 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하고 그 후에 경계성종양, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 진단급여금을 지급합니다.

⑪ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호의 경우 입원급여금 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

⑫ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호의 경우 보험대상자(피보험자)가 동일한 질병으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제11항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑬ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호의 경우 보험대상자(피보험자)가 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제11항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급합니다.

⑭ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호의 경우 계속입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑮ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호의 경우 보험대상자(피보험자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다. 다만, 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 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 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서[진단서(병명기입), 입원확인서, 수술증명서, 장해진단서 등]
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 수령 및 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 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 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ③ 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
 1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 이 특약의 예정이율의 50%, 1년을 초과하는

- 기간은 1%
2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 이 특약의 예정
이율 + 1%

제5관 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.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000만원]

■ 진단급여금(약관 제15조 제1호)

① 암 진단급여금

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암 보장 개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	
지급 금액	보험기간 5년 이상 ~ 10년 미만	경과기간 1년 미만: 500만원 경과기간 1년 이상: 1,000만원 (단, 유방암의 경우 경과기간 180일 이내에 진단확정시에는 100만원 지급)
	보험기간 10년 이상	경과기간 2년 미만: 500만원 경과기간 2년 이상: 1,000만원 (단, 유방암의 경우 경과기간 180일 이내에 진단확정시에는 100만원 지급)

② 경계성종양 진단급여금

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	
지급 금액	보험기간 5년 이상 ~ 10년 미만	경과기간 1년 미만: 150만원 경과기간 1년 이상: 300만원
	보험기간 10년 이상	경과기간 2년 미만: 150만원 경과기간 2년 이상: 300만원

③ 기타피부암, 상피내암 진단급여금

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 기타피부암, 상피내암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 각각 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)		
지급 금액	보험기간 5년 이상 ~ 10년 미만	경과기간 1년 미만:	50만원
		경과기간 1년 이상:	100만원
지급 금액	보험기간 10년 이상	경과기간 2년 미만:	50만원
		경과기간 2년 이상:	100만원

④ 갑상샘암 진단급여금

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 갑상샘암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)		
지급 금액	보험기간 5년 이상 ~ 10년 미만	경과기간 1년 미만:	150만원
		경과기간 1년 이상:	300만원
지급 금액	보험기간 10년 이상	경과기간 2년 미만:	150만원
		경과기간 2년 이상:	300만원

■ 수술급여금(약관 제15조 제2호)

지급사유	지급액
이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때(수술1회당)	최초 1회 300만원
	2회 이후 30만원
이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 경계성종양의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때(수술1회당)	최초 1회 90만원
	2회 이후 30만원
이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때(수술1회당)	30만원

■ 입원급여금(약관 제15조 제3호)

지급사유	지급액
이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고, 그 암의 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때	3일초과 입원일수1일당 5만원
이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성종양, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암으로 진단이 확정되고, 그 경계성종양, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암의 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때	3일초과 입원일수1일당 2만원

- (주) 1. 제11조(“암”, “유방암”, “갑상샘암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확인) 제1항에서 정한 암에 대한 계약상의 보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터입니다.
2. 암 진단급여금의 경우 암보장개시일 이후에 계약일부터 180일 이내에 유방암으로 진단확정시 100만원을 지급하고 이후 암에 해당하는 진단금은 지급되지 않습니다.
3. 제11조(“암”, “유방암”, “갑상샘암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확인)에 따라 암의 정의에서 기타피부암 및 갑상샘암은 제외되므로, 기타피부암 및 갑상샘암으로 보험금 지급사유 발생시 기타피부암 및 갑상샘암에 해당하는 급여금을 지급하고 암에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.
4. 경과기간은 계약일을 기준일로 하여 계산합니다.

(별표2)

재해분류표

주계약 약관의 별표2(재해분류표)와 동일

(별표3)

장해분류표

주계약 약관의 별표3(장해분류표)와 동일

(별표4)

대상이 되는 악성신생물 분류표

(기타피부암 및 갑상샘암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 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 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	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 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물	C69-C72
12. 부신의 악성신생물	C74
13. 기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
14. 불명확한 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
16. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식성 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
21. 림프종모양 구진증	L41.2

- ㉠ 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44) 및 갑상샘의 악성신생물(분류번호C73)은 상기 분류표에서 제외됩니다.
3. 전암병소, 심장, 수막, 뇌-중추신경계 양성신생물(분류번호 D15.1, D32, D33)은 악성신생물로 분류되지 않으므로 보장되지 않습니다.

(별표5)

상피내의 신생물 분류표

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

대 상 질 병 명	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

(주) 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표6)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

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

대 상 질 병 명	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 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않는 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

- ㉞ 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(D47.1), 본태성 혈소판 증가증(D47.3)은 9.림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

무배당 암진단특약 III 약관

무배당 암진단특약Ⅲ 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

- 제 1조 【특약의 체결 및 효력】
- 제 2조 【보험대상자(피보험자)의 범위】
- 제 3조 【특약의 무효】
- 제 4조 【특약내용의 변경】
- 제 5조 【계약자의 임의해지】
- 제 6조 【특약의 보험기간】
- 제 7조 【특약의 소멸】

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

- 제 8조 【특약의 보험료납입기간 및 보험료 납입】
- 제 9조 【보험료 납입연체시 특약의 해지】
- 제10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

- 제11조 【“암, “유방암”, “갑상샘암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단 확정】
- 제12조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】
- 제13조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】
- 제14조 【보험금의 종류 및 지급사유】
- 제15조 【보험금 지급에 관한 세부규정】
- 제16조 【해약환급금】

제4관 보험금 지급 등의 절차

- 제17조 【보험금등 청구시 구비서류】
- 제18조 【보험금 등의 지급】

제5관 기타사항

- 제19조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

무배당 암진단특약Ⅲ 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제 1조 【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 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제11조 (“암”, “유방암”, “갑상샘암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암” 보장에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날[이하 “암 보장개시일”이라 합니다]로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제 2조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다. 단, 주계약이 연생보험일 경우 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 계약자 또는 보험대상자(주피보험자)[주계약의 계약자와 보험대상자(주피보험자)가 상이할 경우에는 보험대상자(주피보험자)]로 합니다.

제 3조 【특약의 무효】

보험대상자(피보험자)가 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난 날 이전에 제11조(“암”, “유방암”, “갑상샘암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단 확정 되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제 4조 【특약내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)에 뒷면에 기재하여 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.

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

제 5조 【계약자의 임의해지】

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 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 6조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 7조 【특약의 소멸】

① 주계약이 해지되거나 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되거나, 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애분류표(별표3 참조, 이하 같습니다) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정하는 재해를 말하며, 이하 같습니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었으나 주계약이 소멸되지 아니하는 경우에는 주계약에 따라 이 특약도 소멸되지 아니합니다.

③ 제 1항에는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험

료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 9조 【보험료 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지 된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에 회사는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간(이하 “납입최고(독촉)기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복) 을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복) 을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제11조 【“암”, “유방암”, “갑상샘암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 “대상이 되는 악성신생물분류표[기타피부암 및 갑상샘암 제외](별표4 참조)”에서 정한 악성신생물로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물), 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 제1항에서 암으로 분류되는 질병중 제5차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 “유방암”, 분류번호C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 “갑상샘암”

이라 합니다.

③ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암, 기타피부암 및 갑상샘암의 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 “암”또는 “기타피부암” 및 “갑상샘암”에 대한 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “암” 또는 “기타피부암” 및 “갑상샘암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 “상피내의 신생물 분류표”(별표5참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “상피내암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 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 상피내암에 대한 임상학적 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표”(별표6 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “경계성종양”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 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 경계성종양에 대한 임상학적 진단이 경계성종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고

있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 “보험금 지급기준표”(별표1 참조)에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때 : 암진단급여금(최초 1회에 한함)
단, 유방암의 경우 암 보장개시일 이후에 보험계약일로부터 180일 이내 진단확정시 특약보험가입금액의 10%를 지급함.
2. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 갑상샘암으로 진단이 확정되었을 때 : 갑상샘암 진단급여금(최초 1회에 한함)
3. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단이 확정되었을 때 : 상피내암 진단급여금(최초 1회에 한함)
4. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 : 경계성종양 진단급여금(최초 1회에 한함)
5. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 : 기타피부암 진단급여금(최초 1회에 한함)

제15조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 주계약의 보험료 납입이 면제 되었을 때
2. 제7조(특약의 소멸) 제2항에 따라 이 특약이 소멸되지 아니한 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애 지급률이 50% 이상이며 80% 미만인 장애상태가 되었을 경우
3. 보험대상자(피보험자)가 암(갑상샘암, 경계성종양, 기타피부암, 상피내암 제외)으로 진단이 확정되었을 경우

② 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 5호의 진단급여금은 암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양 또는 기타피부암 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급하여 드립니다.

③ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 경우 동일한 재해로 인하여 장애상태가 되고 그 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날 의사 진단에 기초하여

고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일로부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 장애에 해당하거나, 하나의 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑦ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑧ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표와 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양, 또는 기타피부암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)의 진단급여금을 지급합니다. 다만, 암 보장개시일 전일 이전에 암으로 진단확정된 경우에는 제외합니다.

제16조 【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 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 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 장애진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 수령 및 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 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 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 제16조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

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

제5관 기타사항

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 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000만원]

① 암 진단급여금 (약관 제14조 제1호)

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암 보장 개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	
지급 금액	보험기간 5년 이상 ~ 10년 미만	경과기간 1년 미만: 500만원 경과기간 1년 이상: 1,000만원 (단, 유방암의 경우 경과기간 180일 이내에 진단확정시에는 100만원 지급)
	보험기간 10년 이상	경과기간 2년 미만: 500만원 경과기간 2년 이상: 1,000만원 (단, 유방암의 경우 경과기간 180일 이내에 진단확정시에는 100만원 지급)

② 갑상샘암 진단급여금 (약관 제14조 제2호)

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 갑상샘 암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	
지급 금액	보험기간 5년 이상 ~ 10년 미만	경과기간 1년 미만: 150만원 경과기간 1년 이상: 300만원
	보험기간 10년 이상	경과기간 2년 미만: 150만원 경과기간 2년 이상: 300만원

③ 상피내암 진단급여금 (약관 제14조 제3호)

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	
지급 금액	보험기간 5년 이상 ~ 10년 미만	경과기간 1년 미만: 50만원 경과기간 1년 이상: 100만원
	보험기간 10년 이상	경과기간 2년 미만: 50만원 경과기간 2년 이상: 100만원

④ 경계성종양 진단급여금 (약관 제14조 제4호)

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	
지급 금액	보험기간 5년 이상 ~ 10년 미만	경과기간 1년 미만: 150만원 경과기간 1년 이상: 300만원
	보험기간 10년 이상	경과기간 2년 미만: 150만원 경과기간 2년 이상: 300만원

⑤ 기타피부암 진단급여금 (약관 제14조 제5호)

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	
지급 금액	보험기간 5년 이상 ~ 10년 미만	경과기간 1년 미만: 50만원 경과기간 1년 이상: 100만원
	보험기간 10년 이상	경과기간 2년 미만: 50만원 경과기간 2년 이상: 100만원

- (주) 1. 제11조(“암”, “유방암”, “갑상샘암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암에 대한 계약상의 보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터입니다.
2. 암보장 개시일 이후에 계약일부터 180일 이내에 유방암으로 진단확정시에는 100만원을 지급하고 이후 암에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.
3. 제11조(“암”, “유방암”, “갑상샘암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정)에 따라 암의 정의에서 기타피부암 및 갑상샘암은 제외되므로, 기타피부암 및 갑상샘암으로 보험금 지급사유 발생시 기타피부암 및 갑상샘암에 해당하는 급여금을 지급하고 암에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.
4. 경과기간은 계약일을 기준일로 하여 계산합니다.

(별표2)

재해분류표

주계약 약관의 별표2(재해분류표)와 동일

(별표3)

장해분류표

주계약 약관의 별표3(장해분류표)와 동일

(별표4)

대상이 되는 약성신생물 분류표

(기타피부암 및 갑상샘암 제외)

무배당 암치료보장특약Ⅲ 약관의 별표4[대상이 되는 약성신생물
분류표(기타피부암 및 갑상샘암 제외)]와 동일

(별표5)

상피내의 신생물 분류표

무배당 암치료보장특약Ⅲ 약관의 별표5(상피내의 신생물 분류표)와
동일

(별표6)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

무배당 암치료보장특약Ⅲ 약관의 별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)와 동일

특별조건부특약 약관

특별조건부특약

- 제 1 조 【보험계약의 성립】
- 제 2 조 【특약의 내용】
- 제 3 조 【특약의 부가조건】
- 제 4 조 【특약의 보험기간 및 보험료의 납입】
- 제 5 조 【특약내용의 변경】
- 제 6 조 【주계약 약관 규정의 준용】

특별조건부특약 약관

제 1조 【보험계약의 성립】

- ① 이 특약은 보험계약을 체결할 때 보험대상자(피보험자)의 진단결과 보험회사가 정한 표준체보험에 가입할 수 없다고 인정할 때에 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. 이 특약에서 “보험계약”이라 함은 주된 보험계약과 특약이 부가된 경우에는 특약을 포함한 것을 말하며, “주된 보험계약”은 “주계약”이라 합니다.
- ② 특약을 연생보험에 부가할 경우 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 계약자 또는 보험대상자(주피보험자)[주계약의 계약자와 보험대상자(주피보험자)가 상이할 경우에는 보험대상자(주피보험자)]로 합니다.
- ③ 특약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2조 【특약의 내용】

이 특약은 보험대상자(피보험자)의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제 3조 【특약의 부가조건】

① 특약에 의하여 부가하는 계약조건은 보험대상자(피보험자)의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률(割増危險率)에 의한 보험료와 표준체(標準體)보험료와의 차액을 특약보험료라 하며 계약체결시 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특약보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 보험대상자(피보험자)에게 보험사고가 발생하였을 때에는 보험계약에 정한 보험금을 지급합니다.

2. 보험금감액법

계약일부터 회사가 정하는 삭감기간(削減期間)내에 보험계약의 규정에 정하는 재해 이외의 원인으로 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산장해지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 보험계약의 규정에도 불구하고 계약시에 정한 삭감기간에 따라 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

경과기간	기준	삭감기간				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	보험 계약에 정한 지급 보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년이상 2년미만			60%	50%	40%	30%
2년이상 3년미만				75%	60%	45%
3년이상 4년미만					80%	60%
4년이상 5년미만						80%

그러나, 그 보험사고의 발생원인이 재해로 인하여 보험대상자(피보험자)가 사망[보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항에 준하는 사유로 인하여 사망한 것으로 정무기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.]하거나 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 된 경우에는 삭감된 보험금을 지급하지 아니하고 보험계약의 규정에 따른 보험금을 지급합니다.

3. 연령가산법

할증위험률에 따른 보험료가 표준체 보험료와 가장 가까운 나이 간의 차이를 연증수(年增數)라 합니다. 즉 어떤 결함을 가진 보험대상자(피보험자)의 위험지수(危險指數)가 실제 n세 높은 나이의 표준체와 같은 위험률을 나타낸다고 인정할 때 n년증이라 칭하고 n세 높은 나이의 표준체보험료를 받아들이는 방법입니다.

4. 나이가산법과 보험금감액법을 병용(併用)할 수 있습니다.

② 제1항 제1호 내지 제4호의 규정에 의하여 계약에 부가된 조건을 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 4조 【특약의 보험기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.

제 5조 【특약내용의 변경】

이 특약은 주계약의 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경
2. 감액완납 또는 연장보험으로의 변경

제 6조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 따로 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

특별조건부인수특약 약관

특별조건부인수특약 약관

제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】

제 2 조 【특별면책조건의 내용】

제 3 조 【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】

제 4 조 【주계약 약관 규정의 준용】

특별조건부인수특약 약관

제 1조 【특약의 체결 및 효력】

- ① 이 특약은 주된 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함)을 체결할 때 보험대상자(피보험자)의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다.)
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 주계약이 해지되거나, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ④ 주계약 및 특약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 아니합니다.
 1. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제2항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
 2. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제 2조 【특약면책조건의 내용】

- ① 주계약에 이 특약을 부가할 때 보험대상자(피보험자)의 건강상태에 따라서 1종의 경우에는 제2항 제1호의 조건을 부가하고 2종의 경우에는 제2항 제1호 및 제 2호의 조건을 부가합니다.
- ② 이 특약에서 정한 면책기간중에 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.

다만, 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애분류표(별표4 “장애분류표” 참조, 이하 같습니다) 중 동일한 재해(별표3 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 같습니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되어 보험금등의 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 아니합니다.

1. 별표1 "특정부위분류표"중에서 회사가 지정한 부위(이하"특정부위"라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병

2. 별표2 "특정질병분류표"중에서회사가 지정한 질병(이하 "특정질병"이라 합니다)

③ 제2항의 면책기간은 특정질병 또는 특정부위의 상태에 따라 「1년부터 5년」 또는 「주계약의 보험기간」으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다.

다만 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

④ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

1. 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 (단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다.)

2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정 질병 이외의 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

3. 재해로 인하여 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

⑤ 보험대상자(피보험자)가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑥ 보험대상자(피보험자)에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정 질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

⑦ 제2항의 특정부위와 특정 질병은 2개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

제3조 【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항의 규정을 따릅니다.

제4조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1)

특정부위 분류표

분류번호	특정부위의 명칭
1	위, 십이지장 또는 공장
2	맹장(충수돌기 포함) 또는 회장
3	직장 또는 항문
4	간장, 담낭 또는 담관
5	췌장
6	기관, 기관지, 폐, 흉막 또는 흉곽
7	코(외비, 비강 또는 부비강 포함)
8	인두 또는 후두
9	구강, 치아, 혀, 악하선, 이하선 또는 설하선
10	귀(외이, 고막, 중이, 내이, 청신경 또는 유양돌기 포함)
11	안구 또는 안구부속기(안검, 결막, 누기, 안근 또는 안와내 조직 포함)
12	신장
13	요관, 방광 또는 요도
14	전립선
15	유방(유선 포함)
16	자궁(이상분만의 경우 포함)
17	난소 또는 난관
18	고환(고환초막포함), 부고환, 정관, 정삭 또는 정낭
19	갑상샘
20	경추부(해당신경 포함)
21	흉추부(해당신경 포함)
22	요추부(해당신경 포함)
23	선골부 또는 미골부(해당신경 포함)
24	좌견관절부
25	우견관절부
26	좌고관절부
27	우고관절부
28	좌상지(좌견관절부 제외)
29	우상지(우견관절부 제외)
30	좌하지(좌고관절부 제외)
31	우하지(우고관절부 제외)
32	자궁체부(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
33	서혜부(서혜 헤르니아, 음낭 헤르니아 또는 대퇴 헤르니아가 생긴 경우에 한함)
34	식도
35	대장(맹장 및 직장 제외)
36	피부(두피 및 입술포함)
37	수골(手骨)
38	족골(足骨)
39	상·하악골(上·下顎骨)

(별표2)

특정질병 분류표

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

병명	분류번호	세부내용
심장질환	I00~I02, I05~I09, I20~I25, I26~I28, I30~I52	
뇌혈관질환	I60~I69	
당뇨병	E10~E14	
고혈압	I10~I14	
결핵	A15~A19, B90	
담석증	K 80	담석증
요로결석증	N 20	신장 및 요관의 결석
	N 21	하부 요로의 결석
	N 23	상세불명의 신성 산통
임신중독증	O 11	부가된 단백뇨를 동반한 선재성 고혈압
	O 12	고혈압을 동반하지 않은 임신성 부종 및 단백뇨
	O 13	의미있는 단백뇨를 동반하지 않은 임신성 고혈압
	O 14	의미 있는 단백뇨를 동반한 임신성 고혈압
	O 15	자간증
골관절증 및 류마티드 관절염	M 05	혈청검사 양성인 류마티드 관절염
	M 06	기타 류마티드 관절염
	M 08	연소자성 관절염
	M 15	다발성 관절염
	M 16	고관절증
	M 17	무릎관절증
	M 18	제 1수근중수 관절의 관절증
	M 19	기타 관절증
척추만곡증	M 40	척추후만증 및 척추전만증
	M 41	척추측만증

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표3)

재해분류표

주계약 약관의 별표2(재해분류표)와 동일

(별표4)

장해분류표

주계약 약관의 별표3(장해분류표)와 동일

선지급서비스특약 약관

선지급서비스특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

- 제1조 【특약의 체결 및 소멸】
- 제2조 【특약의 보장개시일】
- 제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】
- 제4조 【계약자의임의해지】
- 제5조 【특약의 보험기간】

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

- 제 6조 【특약 보험료의 납입】
- 제 7조 【해지특약의 부활(효력회복)】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

- 제 8조 【보험금의 종류 및 지급사유】
- 제 9조 【보험금 지급에 관한 세부규정】
- 제10조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

제4관 보험금 지급 등의 절차

- 제11조 【보험금의 지정대리청구인】
- 제12조 【지정대리청구인의 변경지정】
- 제13조 【보험금등 청구시 구비서류】
- 제14조 【보험금 등의 지급】

제5관 기타사항

- 제15조 【주계약에 사망보장특약이 부가되어 경우의 특칙】
- 제16조 【다른 특약의 취급】
- 제17조 【주계약 약관 규정의 준용】

선지급서비스특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때, 회사가 정하는 바에 따라 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 청약이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되거나, 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금의 지급이 완료된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제1조 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙한 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 책임을 집니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약을 부가하는 주계약은 계약자와 보험대상자(피보험자)가 동일한 보험계약이어야 합니다.

제4조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해약환급금은 없습니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 이 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제5조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 특약을 부가한 날로부터 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지로 합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약이 자동갱신되는 경우에는 제1항에 규정한 “보험기간이 끝나는 날”을 “자동갱신기간이 끝나는 날”로 대체합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 【특약 보험료의 납입】

이 특약의 보험료는 없습니다.

제7조 【해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제8조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 제5조(특약의 보험기간)에 정한 특약의 보험기간 중에 의료법 제3조에서 정한 종합병원의 전문의 자격을 가진 자가 실시한 진단결과 보험대상자(피보험자)의 잔여수명(이하 “여명”이라 합니다)이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 주계약 사망보험금액의 일부 또는 전부를 선지급사망보험금(이하 “보험금”이라 합니다)으로 보험대상자(피보험자)에게 지급합니다.

제9조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 주계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해약환급금이 있어도 이를 지급하지 아니합니다.
이 경우 이 특약의 보험금 지급일 이후 주계약 약관에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특약에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금액은 지급하지 아니합니다.
- ② 이 특약의 보험금이 지급되기 전에 주계약 약관에 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특약의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특약의 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 주계약 약관에 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특약의 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 이 특약의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 여

명기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 주계약에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원리금합계액을 뺀 금액을 지급합니다.

⑤ 이 특약의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 주계약 사망보험금액을 기준으로 합니다.

제10조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 보험대상자(피보험자)가 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에 해당된 경우에는 이 특약의 보험금을 지급하지 아니합니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제11조 【보험금의 지정대리청구인】

① 계약자가 이 특약의 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 미리 지정하거나 또는 제12조(지정대리청구인의 변경지정)의 규정에 따라 변경 지정한 다음의 자(이하 “지정대리청구인”이라 합니다)가 제13조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특약의 보험금을 받는 자(보험수익자)의 대리인으로서 이 특약의 보험금을 청구할 수 있습니다.

1. 보험금 청구시 보험대상자(피보험자)와 동거하거나 보험대상자(피보험자)와 생계를 같이 하고 있는 보험대상자(피보험자)의 가족관계등록부상의 배우자
2. 보험금 청구시 보험대상자(피보험자)와 동거하거나 보험대상자(피보험자)와 생계를 같이 하고 있는 보험대상자(피보험자)의 3촌 이내의 친족

② 제1항의 규정에 의하여 회사가 이 특약의 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특약의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 아니합니다.

제12조 【지정대리청구인의 변경지정】

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다.

이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알려거나 보험가입증서(보험증권)에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 보험가입증서(보험증권)
3. 지정대리청구인의 주민등록등본
4. 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)

제13조 【보험금 등 청구시 구비서류】

보험대상자(피보험자) 또는 지정대리청구인은 제5조(특약의 보험기간)에 정한 특약의 보험기간 중에 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 이 특약의 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 종합병원에서 발급한 진단서
3. 신분증[주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발생 신분증]
4. 보험대상자(피보험자)의 인감증명서(지정대리청구인이 청구할 경우)
5. 보험대상자(피보험자) 및 지정대리청구인의 가족관계기록사항에 관한 증명서 및 주민등록등본(지정대리 청구인이 청구할 경우)
6. 기타 보험대상자(피보험자) 또는 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제14조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제13조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 이 특약의 보험금을 지급합니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 제1항의 규정에 따라 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 계약자가 회사로부터의 사실조회에 대하여 정당한 사유없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는, 그 회답 또는 동의를 얻어 사실확인이 끝날 때까지 이 특약의 보험금을 지급하지 아니합니다.

또한, 회사가 지정한 의사에 의한 보험대상자(피보험자)의 진단을 요구한 경우에도 진단을 받지 아니한 때에는 진단을 받고 사실확인이 끝날 때까지 이 특약의 보험금을 지급하지 아니합니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일내에 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5관 기타사항

제15조 【주계약에 사망보장특약이 부가되어 있는 경우의 특칙】

① 제8조(보험금의 종류 및 지급사유) 주계약에 사망보험금을 지급하는 특약(이하“사망보장특약”이라 합니다)이 부가되어 있는 경우에는 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금액은 주계약의 사망

보험금액과 사망보장특약의 사망보험금액을 합산한 금액으로 합니다.

② 이 특약의 보험금 청구가 있는 경우에는 계약자로부터 별도의 신청이 없는 한 제8조(보험금의 종류 및 지급사유) 및 제17조(다른 특약의 취급)의 규정에 관계없이 청구일 현재 주계약 및 사망보장특약의 보험가입금액의 비율에 따라 이 특약의 보험금을 지급합니다.

③ 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약에 대한 이 특약의 보험금은 사망보장특약의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지 청구할 수 있습니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약이 자동갱신되는 경우에는 제3항에 규정한 “보험기간이 끝나는 날”을 “자동갱신기간이 끝나는 날”로 대체합니다.

⑤ 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약의 경우에도 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제5항의 규정을 동일하게 적용합니다.

제16조 【다른 특약의 취급】

① 주계약 사망보험금액의 전부가 지급된 경우 주계약은 소멸되는 것으로 하며 주계약에 다른 특약이 부가되어 있는 경우에는 각 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

② 주계약 사망보험금액의 일부가 지급된 경우에는 각 특약의 효력은 계속되는 것으로 합니다.

제17조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

단체취급특약 약관

단체취급특약 약관

제 1 조 【단체취급특약의 적용범위】

제 2 조 【대표자의 선정】

제 3 조 【보험요율의 적용】

제 4 조 【보험료의 납입】

제 5 조 【단체취급특약의 소멸】

제 6 조 【보통보험 약관의 준용】

단체취급특약 약관

제 1 조 【단체취급특약의 적용범위】

이 단체취급 특별협약(이하 “단체취급특약” 이라 합니다) 은 보통보험 계약(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 보험대상자(피보험자)가 다음 중 한가지의 단체에 소속되어야 합니다.
 - 가. 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인 이상의 근로자를 고용 하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.
 - 나. 비영리법인단체 또는 동업자단체(변호사회, 의사회 등)로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
2. 단체취급특약의 적용을 받는 인원수는 동일단체 (이하 “단체”라 합니다)에 소속한 보통보험 계약의 계약자수 또는 단체의 대표자를 계약자로 하고 단체소속원을 보험대상자(피보험자)로 하는 보통보험계약의 보험대상자(피보험자)수가 5인 이상이어야 합니다.

제 2 조 【대표자의 선정】

대표자는 단체의 대표자 또는 직책상 대표자를 대리할 수 있는 자로 합니다.

제 3 조 【보험요율의 적용】

이 단체취급특약이 부가된 경우에는 사업방법서에서 정한 바에 따라 계산된 단체취급 보험요율을 적용합니다.

제 4 조 【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.

제 5 조 【단체취급특약의 소멸】

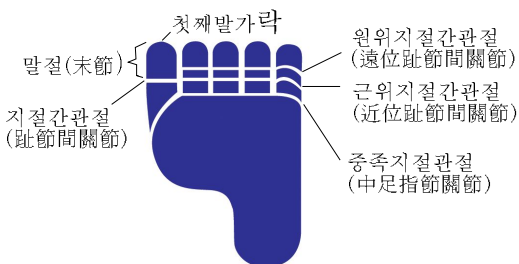
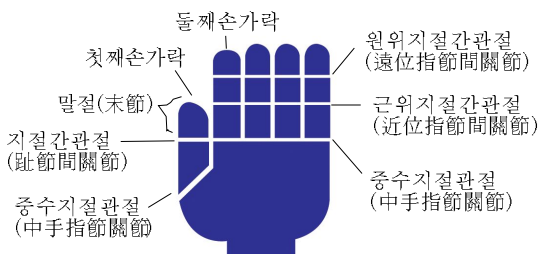
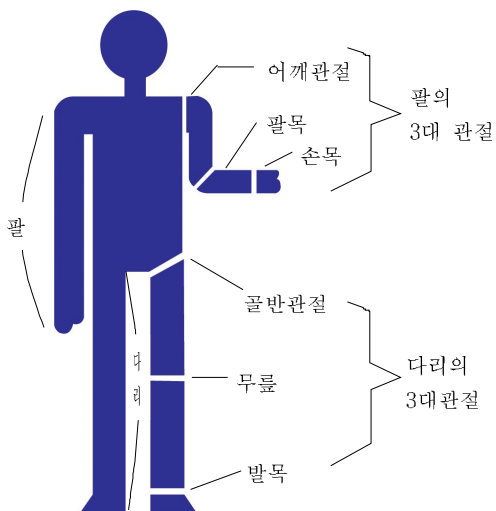
① 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 때에 이 단체취급특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며 보통보험약관의 규정을 장래에 향하여 적용합니다.

1. 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 소속단체를 탈퇴하였을 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 보험대상자(피보험자)에 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.

제 6 조 【보통보험 약관의 준용】

이 단체취급특약에 별도로 정하지 아니한 사항은 보통보험 약관의 규정을 따릅니다.

신체부위의 설명도



MEMO

MEMO

MEMO