현대단체상해보험 II

(약관분류코드 : 8222-0000-20230711)

현대해상

※ 이 약관은 관련 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

현대해상

약관 사용 가이드

보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약에 대하여 계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 보험계약자와 보험회사의 권리와 의무를 규정하고 있습니다.

특히, 보험금 지급이나 보험료납입 관련 등 중요사항에 대한 자세한 설명이 담겨 있으니 반드시 확인하시기 바랍니다.

한눈에 보는 현대해상 약관 구성

약관 간편 설명서

다소 생소한 보험약관을 보다 쉽게 이해할 수 있도록 보험용어 해설, 보험계약 관련 유의사항 등 보험약관의 일반적인 내용을 담았습니다.

보통약관

보험계약에서 기본계약을 포함한 사항들을 공통적으로 정해놓은 기본 약관입니다.

특별약관

보통약관에서 정한 기본적인 사항 이외에 계약자가 선택하여 가입한 보장내용 등 필요한 사항을 추가 안내하는 약관입니다.

별표 및 인용 법규정

약관이해를 돕기 위한 별표, 관련 법규 등을 안내한 자료입니다.

더 자세히 알기 쉬운 설명을 위해 참고하세요!

【 유의사항 】

약관 해당 조항에 덧붙여 계약자가 유의하여 할 사항에 대해 안내해 드립니다.

【 용어해설 】

약관 내용과 관련된 어려운 법률·금융 용어를 쉽게 풀어 안내해 드립니다.

【 예시안내 】

도표, 그림, 계산법 활용 등의 예시를 통하여 쉽게 풀이하여 설명해 드립니다.

【 관련법규 】

약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세하게 안내해 드립니다.

기타 문의사항

가입하신 계약관련 기타 문의사항은 당사 **홈페이지(www.hi.co.kr)** 또는 고객콜센터 **1588-5656**를 통해 더욱 편리하게 문의하실 수 있습니다.

약관 간편 설명서

주요내용

1. 보험용어 해설 4

2. 주요내용 요약서 5

3. 계약자 유의사항 10

4. 보험금 청구 및 지급절차 안내 11

5. 자주 발생하는 민원 예시 13

6. 약관에서 궁금사항 쉽게 찾기 14

1. 보험용어해설

용 어	해 설
보험약관	보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것입니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자께 드리는 증서를 말합니다.
보험가액	재산보험에 있어 피보험 이익을 금전으로 평가한 금액으로 보험목적에 발생할 수 있는 최대 손해액을 말합니다. (회사가 실제 지급하는 보험금은 보험가액을 초과할 수 없습니다)
보험가입금액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 지급할 최대 보험금을 말합니다.
보상한도액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
자기부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
보험기간	회사의 책임이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로 보험증권에 기재된 기간을 말합니다.
보험년도	보험계약일로부터 매 1 년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음 년도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)를 말합니다.

이 보험용어 해설의 용어는 보장의 특성에 따라 의미가 상이하므로

기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 참고해주세요.

2. 보험계약 이해를 위한 주요내용 요약서



가. 자필서명

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



나. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 납입한 제 1 회 보험료를 돌려드립니다. 다만, 아래의 경우 청약을 철회할 수 없습니다.

1.회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약
2.보험기간이 90 일 이내인 계약
3.전문금융소비자가 체결한 계약
4.청약을 한 날부터 30 일을 초과한 계약

다. 계약취소

약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 계약이 취소된 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

라. 계약의 무효

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

- 타인의 사망을 보장하는 상해보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우 다만, 단체계약의 경우는 제외
- 만 15 세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급 사유로 한 계약의 경우
- 계약을 맺을 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
- 재물 및 배상책임보험계약을 맺기 전에 이미 보험의 목적에 사고가 발생한 경우

마. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제 2 회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때에는 14 일(보험기간이 1 년 미만일 경우에는 7 일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하고, 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.





바. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 약관에서 정한 보험료의 환급 조항에 따라 보험료를 돌려받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 3 년이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.



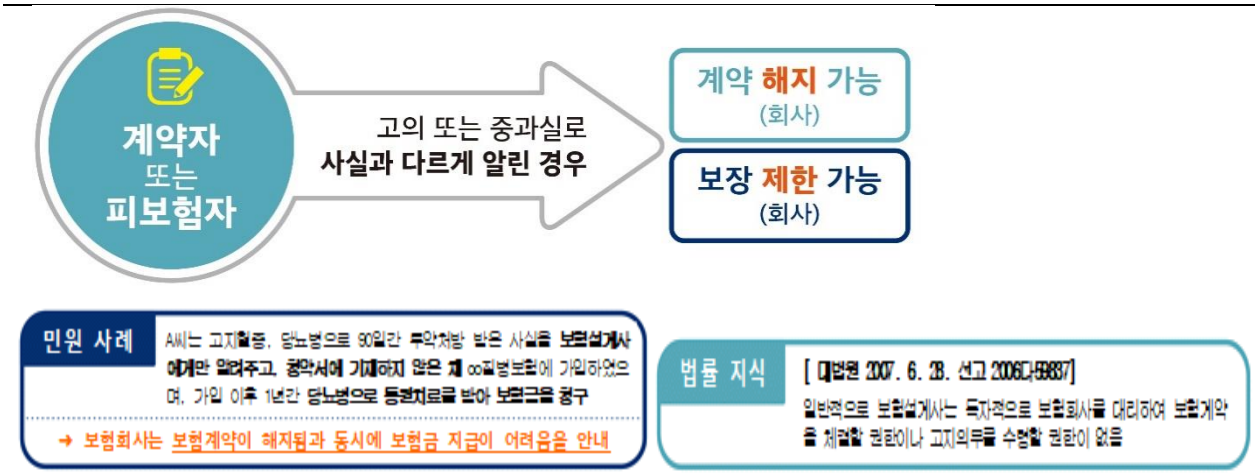
사. 계약전 알릴의무 및 위반시 효과

보험계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.
단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.



※ 알릴의무 위반시 효과

회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.



아. 계약후 알릴의무 및 위반시 효과

보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

- 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우.

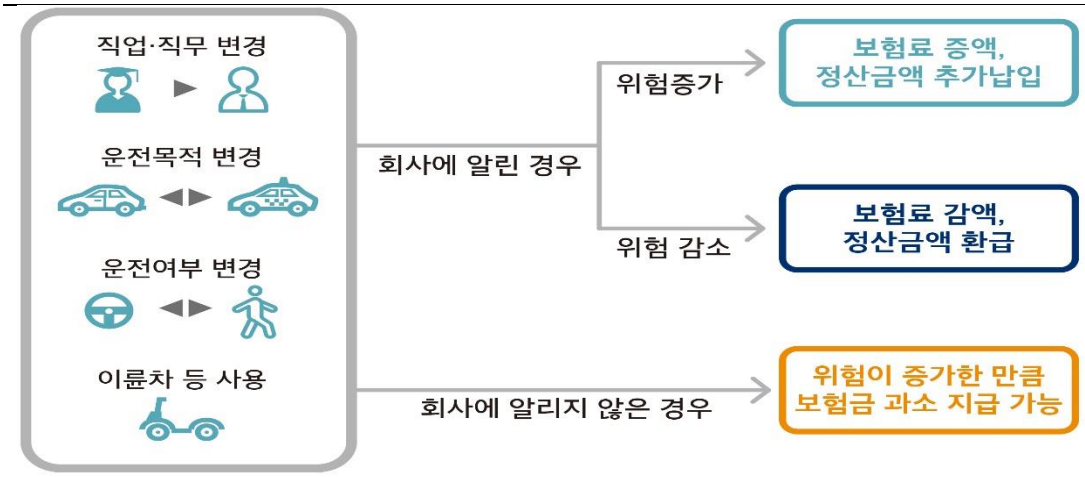
※ 알릴의무 위반시 효과

회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

① 위험이 감소한 경우 보험료를 감액하고 정산금액을 환급하여 드리며,

② 위험이 증가한 경우 보험료가 증액되고 정산금액의 추가 납입이 필요할 수 있습니다.



자. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3 영업일, 재물손해, 배상책임손해에 대한 보험금은 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7 일 이내에 지급하여 드립니다.

다만, 보험금 지급사유의 조사 또는 확인이 이루어져 지급기일 초과가 예상되거나, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다. 만약 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

이 보험계약 이해를 위한 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로

기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 따릅니다

3. 계약자 유의사항

가. 보험계약 관련 유의할 사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 보장 개시일은 계약의 부활(효력회복)을 청약한 날로 하며, 해당 특별약관에서 별도로 정한 경우에는 해당 부활(효력회복)일을 따릅니다.

○ 타인을 위한 계약(재물 및 배상책임 관련 보장)

- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

나. 보험금 지급관련 유의할 사항

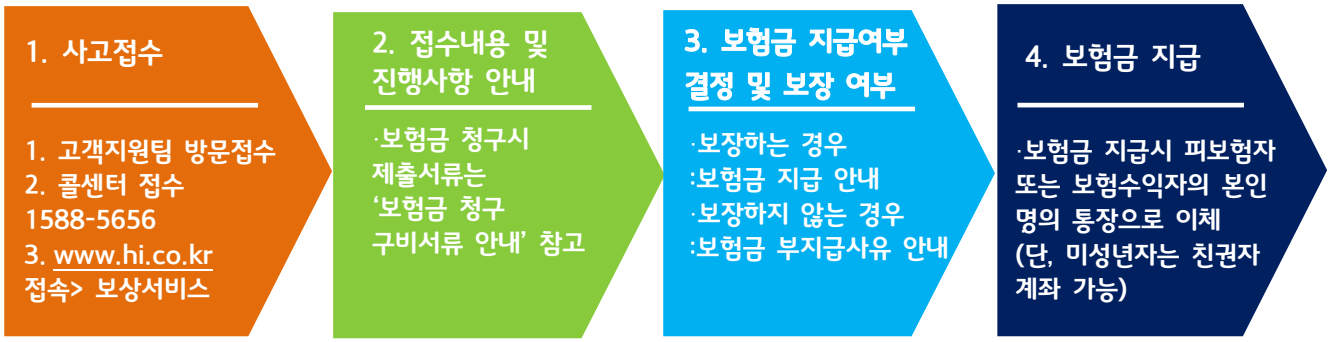
○ 다수계약의 비례보상에 관한 사항

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

이 계약 체결과 보험금 지급 관련 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로

기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 따릅니다.

4. 보험금 청구 및 지급절차 안내



○ 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.(상법 제662조)

○ 보험금 지급심사 위탁

- 보험업감독규정[금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정]에 의하면 '금융기관의 업무위탁은 금융업을 영위하기 위하여 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁할 수 있다'라고 명시하고 있습니다.

○ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.

※ 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대한 인가를 받은 업체

○ 장해진단서 제출시 유의 사항

- 장해진단서 제출의 경우에는 가능한 3차 의료기관에서의 진단을 요청드리며, 진단 전에 보상 담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.

(3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원, 종합병원)

- 장해상태에 대하여 의료 재심사가 이루어 질 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다

.

○ 의료심사

- 상해 질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하여 주신 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.

○ 손해/생명 보험사간 치료비 분담 지급 (비례보상 적용)

- 상해 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다.

- 타보험사의 가입사항은 보험협회를 통하여 확인 가능합니다.

○ 보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법

- 보험금이 지급되는 경우 보험금 지급안내(서면, 전자우편, 문자전송)가 이루어집니다.

- 보험금 지급심사 결과 보험금이 지급거절 될 수 있으며, 이 때에는 부지급 사유 및 근거를 제시합니다.

- 보험금 지급이 지연되는 경우에는 약관에서 정한 규정에 따라 이자를 가산하여 지급합니다.

- 현대해상(주) 홈페이지에 접속하시면 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있으며, 보험금 부지급 결정 및 산정내역에 이의사항이 있는 경우 아래로 연락주시면 상담하여 드립니다.

※ 대표전화 : 1588-5656

○ 분쟁조정신청

- 보험에 관한 상담 및 분쟁이 있을 때에는 우리 회사 고객센터로 연락하여 주시기 바라며, 처리결과에 이의가 있으시면 금융감독원에 민원 또는 분쟁조정을 신청하실 수 있습니다.

※ 금융감독원 금융민원센터
- 전화 : 국번없이 1332
- 인터넷 주소 : www.fcsc.kr

※ 손해보험협회 보험상담소
- 전화 : (02)3702-8500
- 인터넷 주소 : www.knia.or.kr

※ 한국소비자원 소비자상담센터
- 전화 : 국번없이 1372
- 인터넷 주소 : www.cnn.go.kr

5. 자주발생하는 민원 예시

<사례 1> 제가 청약한 내용과 나중에 받은 보험증권 내용이 달라요

(사례)

A 씨는 계약 체결 후 증권을 확인하는 과정에서 청약시 안내받은 사항과 다른 점을 발견하여 불만을 제기하였습니다.



(유의 사항)

고객님께서 청약한 내용과 계약사항이 상이한 경우가 발생하지 않도록 청약서에 명기된 납입기간, 보험기간, 보험료, 보장내용 등이 청약한 내용과 일치하는지 반드시 확인하여 주시기 바랍니다.

<사례 2>

(사례)

A 씨는 얼마전 분납으로 계약한 보험계약에 대한 미납 안내 문자를 받았습니다. 보험을 유지하고 싶으면 어떻게 해야 할지 궁금해졌습니다.

(유의 사항)

보험료 분납 조건으로 계약시, 잔고가 안정적으로 유지되는 계좌를 설정해주시기 바랍니다. 분납 보험료 납입 일에 보험료를 미납하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에는 회사로 연락해 납입 최고 기간(14 일, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 내에 미납 보험료를 납입하시기 바랍니다.

6. 약관에서 궁금사항 쉽게 찾기

○ 청약을 철회하고 싶어요

제18조 (청약의 철회)..... 37

○ 계약 해지에 대해 알려주세요

제28조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 42

○ 보험료를 납입할 때에 유의할 사항이 있나요?

제23조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 40
제24조 (제2회 이후 보험료의 납입) 41

○ 보험료 납입이 연체 되었어요

제25조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 41
제26조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 41

○ 보험금 지급에 관해 알려주세요

제3조 (보험금의 지급사유) 29
제4조 (보험금 지급에 관한 세부 규정) 29
제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)..... 30

약관

현대단체상해보험Ⅱ 보통약관 28

제 1 관 목적 및 용어의 정의 28

제 1 조(목적) 28

제 2 조(용어의 정의) 28

제 2 관 보험금의 지급 29

제 3 조(보험금의 지급사유) 29

제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 29

제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 30

제 6 조(보험금 지급사유의 통지) 31

제 7 조(보험금의 청구) 31

제 8 조(보험금의 지급절차) 31

제 9 조(보험금 받는 방법의 변경) 32

제 10 조(주소변경통지) 33

제 11 조(보험수익자의 지정) 33

제 12 조(대표자의 지정) 33

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 33

제 13 조(계약 전 알릴 의무) 33

제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 34

제 15 조(알릴 의무 위반의 효과) 35

제 16 조(사기에 의한 계약) 36

제 4 관 보험계약의 성립과 유지 36

제 17 조(보험계약의 성립) 36

제 18 조(청약의 철회) 37

제 19 조(약관교부 및 설명의무 등) 37

제 20 조(계약의 무효) 38

제 21 조(계약내용의 변경 등) 39

제 22 조(보험나이 등) 39

제 5 관 보험료의 납입 40

제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시) 40

제 24 조(제 2 회 이후 보험료의 납입) 40

제 25 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 40

제 26 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 41
제 27 조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) 41

제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등 42
제 28 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 42
제 28 조의 2(위법계약의 해지) 42
제 29 조(중대사유로 인한 해지) 42
제 30 조(회사의 파산선고와 해지) 42
제 31 조(보험료의 환급) 42

제 7 관 분쟁의 조정 등 43
제 32 조(분쟁의 조정) 43
제 33 조(관할법원) 43
제 34 조(소멸시효) 43
제 35 조(약관의 해석) 43
제 36 조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) 43
제 37 조(회사의 손해배상책임) 44
제 38 조(개인정보보호) 44
제 39 조(준거법) 44
제 40 조(예금보험에 의한 지급보장) 44

현대단체상해보험Ⅱ 특별약관 45
【제도성 특별약관】 45
단체계약 특별약관 45
단체계약보험료정산 추가특별약관 46
보험료정산 추가특별약관(특정단체용) 47
상품다수구매자보험계약 특별약관 48
상품다수구매자보험료정산 추가특별약관 49
상품다수구매자보험기간설정에관한 추가특별약관 50
배우자보장 추가특별약관 50
자녀보장 추가특별약관 51
상품의추가구매로인한중복보장제외 추가특별약관 51
질병확장보장 추가특별약관(Ⅱ) 53
상해확장보장 추가특별약관(Ⅱ) 53
상해확장보장 특별약관 54
상해확장보장Ⅱ 특별약관 54
상해확장보장Ⅲ 특별약관 55

상해손해보장제외 특별약관 55
부부보장 특별약관(Ⅰ) 55
가족보장 특별약관(Ⅰ) 56
부부보장 특별약관(Ⅱ) 56
가족보장 특별약관(Ⅱ) 56
보험금지급 추가특별약관 56
보험료분납 특별약관(Ⅰ) 57
단체포괄계약 특별약관 58
단체피보험자지위유지 특별약관 58
단체계약보험기간설정에관한 추가특별약관 59
환율 특별약관 59
장애인전용보험 전환 특별약관 59
단체실손의료보험 중지제도 특별약관 63
【상해 및 질병관련 특별약관】 64
사망및고도후유장해보장 특별약관 64
( )%이상고도후유장해발생보장 특별약관 64
( )%미만후유장해보장 특별약관 65
사망위험보장제외 특별약관 65
후유장해위험보장제외 특별약관 65
업무중상해보장 특별약관 65
업무중상해사망및고도후유장해보장 특별약관 66
업무외상해보장 특별약관 66
레저활동중상해보장 특별약관 66
휴일상해보장 특별약관 67
휴일상해사망및고도후유장해보장 특별약관 68
신주말상해보장 특별약관 68
특정여가활동중상해보장 특별약관 69
특수운동중상해위험보장 특별약관 69
특수운전중상해위험보장 특별약관 70
교통상해보장 특별약관 70
교통상해사망및고도후유장해보장 특별약관 71
고속도로교통상해보장 특별약관 72
자동차운전중교통사고상해위험보장 특별약관 72
자동차동승중교통사고상해위험보장 특별약관 73
자동차교통상해보장 특별약관 73
휴일교통상해보장 특별약관 74

휴일교통상해사망및고도후유장해보장 특별약관 75
신주말교통상해보장 특별약관 76
대중교통이용중상해보장 특별약관 77
전세버스이용중상해보장 특별약관 78
뺑소니·무보험차상해보장 특별약관 79
철도/지하철/항공기교통상해보장 특별약관 80
신체부위별후유장해보장 특별약관 80
자전거상해보장 특별약관 81
화재/폭발/붕괴사고상해보장 특별약관 81
학교생활중상해보장 특별약관 82
학교생활외상해보장(Ⅰ) 특별약관 83
사립학교교직원상해보장 특별약관 83
일부상해위험부보장 추가특별약관 84
교통카드회원상해보장 특별약관 84
항공기탑승중상해보장 특별약관 85
항공기 1 회탑승당상해보장 특별약관 86
국내전용신용카드회원항공기탑승중상해보장 특별약관 86
국제신용카드회원항공기탑승중상해보장 특별약관 88
강도상해사망·후유장해보장 특별약관 91
CD/ATM 강도상해사망·후유장해보장 특별약관 91
종교활동중상해보장 특별약관 92
화재상해보장 특별약관 93
스포츠단체상해보장 특별약관 93
프로및아마츄어스포츠단체상해보장 특별약관 94
스포츠활동중상해보장 특별약관 96
스포츠활동중상해입원일당보장 특별약관 96
스포츠활동중골절수술보장 특별약관 97
노동조합활동중상해보장 특별약관 98
방송국출연진단체상해보장 특별약관 99
자동차경기단체상해보장 특별약관 100
외국인산업기술연수자단체상해보장 특별약관 101
스카우트대원및지도자단체상해보장 특별약관 102
RCY 단체활동상해보장 특별약관 103
해양소년단단체상해보장 특별약관 105
한국우주소년단대원및지도자단체상해보장 특별약관 106
해외주재원신변안전상해보장 특별약관 107

해외주재원전쟁위험추가보장 추가특별약관 108
골프활동중상해보장 특별약관 109
군인영외체류기간중상해보장 특별약관 109
군인영외체류기간중교통상해보장 특별약관 110
군인영외체류기간중대중교통상해보장 특별약관 111
병상해질병사망보장 특별약관 112
자동차(이륜차제외)교통상해보장 특별약관 113
자전거사고상해진단보장 특별약관 114
상해입원일당보장 특별약관(180 일한도) 114
상해입원일당보장 특별약관(365 일한도) 116
교통상해입원일당보장 특별약관 116
업무중상해입원일당보장 특별약관 117
질병입원일당보장 특별약관(180 일한도) 118
질병입원일당보장 특별약관(365 일한도) 119
질병입원일당출산보장 추가특별약관 121
7 대질병입원일당보장 특별약관 122
7 대질병수술위험보장 특별약관 123
상해 수술동반 입원일당(1 일이상 20 일 한도) 특별약관 124
질병 수술동반 입원일당(1 일이상 20 일 한도) 특별약관 125
질병 수술동반 입원일당(1 일이상 20 일 한도) 출산위험 확장보장 추가특별약관 127
상해 수술동반 입원일당(2 일이상 20 일 한도) 특별약관 127
질병 수술동반 입원일당(2 일이상 20 일 한도) 특별약관 128
질병 수술동반 입원일당(2 일이상 20 일 한도) 출산위험 확장보장 추가특별약관 130
소득보상금보장 특별약관 130
교통상해소득보상금보장 특별약관 131
휴일교통상해소득보상금보장 특별약관 132
업무중상해소득보상금보장 특별약관 133
휴업손해장해보장 특별약관 133
실업손해보상금보장 특별약관 134
교통상해입원위험보장 특별약관 135
상해입원위험보장 특별약관 136
질병입원위험보장 특별약관 136
장애발생보장 특별약관 138
산업재해사망보장 특별약관 138
산업재해질병사망보장 특별약관 139
산업재해상해사망보장 특별약관 140

산업재해장해보장 특별약관.....141
산업재해질병장해보장 특별약관.....142
의사상자상해보장 특별약관.....143
자원봉사활동중 상해보장 특별약관.....144
자원봉사활동중 상해입원일당보장 특별약관.....144
자원봉사활동중 교통상해입원일당보장 특별약관.....145
자원봉사활동중 질병입원일당보장 특별약관.....147
자원봉사활동중 배상책임보장 특별약관.....149
자원봉사활동중 상해통원일당보장 특별약관.....153
자원봉사활동중 골절수술위험보장 특별약관.....154
자원봉사활동중 골절진단보장 특별약관.....155
자원봉사활동중 골절진단(치아파절제외)보장 특별약관.....156
자원봉사활동중 폭력피해발생보장 특별약관.....157
자원봉사활동중 화상수술위험보장 특별약관.....158
자원봉사활동중 화상진단보장 특별약관.....159
자원봉사활동중 익사사고사망보장 특별약관.....160
자원봉사활동중탈구,신경손상,압착손상진단비보장 특별약관.....161
자원봉사활동중 외상성절단진단비보장 특별약관.....161
자원봉사활동중 성폭력범죄발생보장 특별약관.....162
자원봉사활동중 성폭력범죄상해보장 특별약관.....164
자원봉사활동중 상해흉터성형수술비보장 특별약관.....165
자원봉사활동중 강력범죄발생보장 특별약관.....167
자원봉사활동중 유괴・인신매매피해발생보장 특별약관.....168
자원봉사활동중 의사상자상해보장 특별약관.....169
자원봉사활동중 식중독입원일당보장 특별약관.....169
자원봉사활동중 특정전염병발생보장 특별약관.....171
자원봉사활동중 뇌・내장수술보장 특별약관.....172
자원봉사활동중 자연재해사망(일사병, 열사병 포함)보장 특별약관.....173
자원봉사활동중 골절진단(1~5 종)보장 특별약관.....175
자원봉사활동중 상해수술동반 입원일당(2 일이상 20 일한도)보장 특별약관.....176
자원봉사활동중 3 대장애발생보장 특별약관.....178
자원봉사활동중 화상진단보장(표재성 2 도이상) 특별약관.....179
마라톤대회중상해보장 특별약관(대회당).....180
마라톤대회중특정질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관(대회당).....181
마라톤대회중상해골절수술위험보장 특별약관(대회당).....182
마라톤대회중상해보장 특별약관(연간).....182

마라톤대회중특정질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관(연간) 183
연구활동종사자사망후유장해보장 특별약관 184
연구활동종사자의료실비보장 특별약관 185
연구활동종사자입원일당보장 특별약관 187
연구활동종사자장의비보장 특별약관 188
폭력피해발생보장 특별약관 189
학생폭력상해보장 특별약관 190
학생폭력상해입원일당보장 특별약관 190
특정전염병발생보장 특별약관 191
식중독입원위험보장 특별약관 191
식중독입원일당보장 특별약관 192
골절수술위험보장 특별약관 193
골절진단보장 특별약관 193
골절진단(치아파절제외)보장 특별약관 193
골절진단(1~5 종)보장 특별약관 194
골절진단(치아파절 제외,1~5 종)보장 특별약관 194
화상수술위험보장 특별약관 194
화상진단보장 특별약관 195
화상진단(표재성 2 도이상)보장 특별약관 196
화상진단(화상 심도별)보장 특별약관 196
화상입원위험보장 특별약관 196
익사사고사망보장 특별약관 197
물놀이사고사망보장 특별약관 197
강력범죄발생보장 특별약관 198
강력범죄발생보장 특별약관(II) 198
강력범죄피해보장 특별약관 200
상해흉터성형수술비보장 특별약관 201
자동차사고성형수술위험보장 특별약관 203
탈구,신경손상,압착손상진단비보장 특별약관 203
외상성절단진단비보장 특별약관 204
뇌・내장수술보장 특별약관 204
성폭력범죄상해보장 특별약관 205
성폭력범죄발생보장 특별약관 207
헌혈후유증보장 특별약관 208
자동차사고상해 (4~10)주이상진단위험보장 특별약관 208
자동차사고부상치료비보장 특별약관 209

자동차(이륜차제외)사고상해( )주이상진단위험보장 특별약관 210
질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관 210
질병사망보장 특별약관 211
질병 50%이상후유장해보장 특별약관 212
질병 80%고도후유장해보장 특별약관 213
질병 80%미만후유장해보장 특별약관 214
사립학교교직원질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관 215
사립학교교직원질병사망보장 특별약관 216
사립학교교직원질병 80%고도후유장해보장 특별약관 216
사립학교교직원 질병 80%미만후유장해보장 특별약관 217
과로사관련특정질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관 218
근로자과로사보장 특별약관 219
암사망및 80%고도후유장해보장 특별약관 220
암치료비보장 특별약관(I) 222
암치료비보장 특별약관(II) 223
암수술급여금보장 특별약관 224
암입원일당보장(요양병원 제외) 특별약관 226
암입원일당보장(요양병원) 특별약관 228
특정암사망및 80%고도후유장해보장 특별약관 229
특정암치료비보장 특별약관 231
여성 3 대암치료비보장 특별약관 232
고액치료비암진단비보장 특별약관 233
소아 3 대암치료비보장 특별약관 234
전자파암사망및 80%고도후유장해보장 특별약관 235
전자파암치료비보장 특별약관 236
암 한방치료비 보장 특별약관 237
뇌출혈 한방치료비 보장 특별약관 239
뇌졸중 한방치료비 보장 특별약관 240
뇌혈관질환 한방치료비 보장 특별약관 241
급성심근경색증 한방치료비 보장 특별약관 242
허혈성심장질환 한방치료비 보장 특별약관 244
항암방사선치료비보장 특별약관 245
항암약물치료비보장 특별약관 246
항암방사선·약물치료비보장 특별약관 247
대장 양성종양(폴립포함)진단보장 특별약관 249
위·십이지장 양성종양(폴립포함)진단보장 특별약관 249

만성당뇨합병증진단비보장 특별약관 250
급성심근경색증 입원일당(4 일이상 120 일 한도)보장 특별약관 250
뇌졸중 입원일당(4 일이상 120 일 한도)보장 특별약관 252
누적외상성질환(VDT 증후군)입원일당보장 특별약관 253
뇌혈관질환치료비보장 특별약관 254
뇌혈관질환수술비보장 특별약관 255
급성심근경색증치료비보장 특별약관 256
뇌졸중치료비보장 특별약관 256
뇌출혈치료비보장 특별약관 257
허혈성심장질환치료비보장 특별약관 257
허혈성심장질환수술비보장 특별약관 258
3 대장애발생보장 특별약관 259
척추옆굽음증진단보장 특별약관 259
백혈병진단보장 특별약관 260
1~3 종수술비보장 특별약관 260
수술비용보장 특별약관 261
수술비용보장 특별약관(II) 262
유방절제수술비보장 특별약관 263
깁스치료비보장 특별약관 263
요양비보장 특별약관 264
치아보철치료비보장 특별약관(II) 264
치아보철(임플란트,브릿지,틀니)치료비보장 특별약관 267
치아보철(크라운)치료비보장 특별약관 269
치아치료비보장 특별약관 271
치아보존치료비보장(통합형) 특별약관 275
치아보존치료비보장(개별형) 특별약관 277
치아보철(임플란트,브릿지,틀니)치료비보장(통합형) 특별약관 279
발치치료보험금보장제외 추가특별약관 281
치주질환치료보험금보장제외 추가특별약관 281
조혈모세포이식수술비보장 특별약관 281
다중골절진단위험보장 특별약관 282
스쿨존내어린이교통사고부상치료비 특별약관 282
자연재해사망(일사병, 열사병 포함) 특별약관 283
대상포진진단보장 특별약관 284
대상포진눈병진단보장 특별약관 285
통풍진단보장 특별약관 286

1~5 종수술비보장 특별약관 286
상해수술비보장 특별약관 289
21 대질병수술비보장 특별약관 290
질병중환자실입원일당보장 특별약관 292
충수염수술비보장 특별약관 294
가스사고상해보장 특별약관 295
온열질환진단보장 특별약관 296
농기계사고상해보장 특별약관 296
정신질환진단보장 특별약관 297
정신질환진단보장 특별약관(II) 297
유독성물질사망보장 특별약관 297
유산수술보장 특별약관 298
공무원순직 특별약관 299
공무원 장기요양 직권면직보장 특별약관 299
공무상입원일당보장 특별약관 300
공무상입원일당보장 특별약관(365 일한도) 301
공상진단비 보장 특별약관 302
공상진단비II(요양기간별) 보장 특별약관 302
공무원 장해 진단비 보장 특별약관 303
소방공무원 구조·구급활동중 폭력피해위로금보장 특별약관 303
외상후 스트레스장애진단보장 특별약관 304
난임치료(인공/체외수정)보장 특별약관 304
【배상책임관련 특별약관】 307
일상생활배상책임보장 특별약관 307
학생배상책임보장 특별약관 311
골프중배상책임보장 특별약관 315
스포츠활동중배상책임 특별약관 319
【비용손해관련 특별약관】 324
자동차사고벌금(대인)보장 특별약관 324
자동차사고벌금(대물)보장 특별약관 325
교통사고처리지원금보장 특별약관 327
교통사고처리지원금보장(이륜자동차포함) 특별약관 333
교통사고처리지원금(스쿨존, 어린이 6 주미만치료)보장 추가특별약관 339
자동차사고변호사선임비용(약식기소제외)보장 특별약관 341
자전거사고벌금보장 특별약관 343
자전거사고변호사선임비용(약식기소제외)보장 특별약관 343

유괴·납치·인질발생보장 특별약관 344
유괴·인신매매피해발생보장 특별약관 345
미아찾기지원금보장 특별약관 345
자녀양육비용보장 특별약관 346
의료사고법률비용보장 특별약관 346
국내연수외국인특별비용보장 특별약관 347
전화금융사기보장 특별약관 349
출산비용보장 특별약관 350
【실손의료비관련 특별약관】 351
기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 351
비급여 실손의료비보장 특별약관 375
상해급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관 389
질병급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관 390
상해비급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관 390
질병비급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관 390
질병 급여실손의료비 출산확장보장 추가특별약관 390
질병 비급여실손의료비 출산확장보장 추가특별약관 391
질병급여 입원의료비 출산확장보장 추가특별약관 391
질병비급여 입원의료비 출산확장보장 추가특별약관 392
입원의료실비치과(비급여)보장 추가특별약관 392
입원실손의료비한방(비급여)보장 추가특별약관 394
국민건강보험비가입자 추가특별약관 395
실손의료비 상해확장보장 추가특별약관 395
실손의료비 질병확장보장 추가특별약관 396
3 대비급여 실손의료비확장보장 추가특별약관 396
해외치료입원의료비보장 특별약관 396
특수운동중 상해실손의료비보장 추가특별약관 399
특수운동중 상해실손의료비(3 대비급여)보장 추가특별약관 399
특수운전중 상해실손의료비보장 추가특별약관 400
특수운전중 상해실손의료비(3 대비급여)보장 추가특별약관 400
직무상 선박탑승중 상해실손의료비보장 추가특별약관 401
직무상 선박탑승중 상해실손의료비(3 대비급여)보장 추가특별약관 401

별 표 402

【별표 1】 장해분류표 402
【별표 2】과로사관련 특정질병 분류표 418

【별표 3】악성신생물(암) 분류표 419
【별표 4】제자리신생물 분류표 420
【별표 5】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 421
【별표 6】임신, 출산 및 산후기 분류표 422
【별표 7】특정암(남자 3 대암/여자특정암) 분류표 423
【별표 7-1】여성 3 대암 분류표 424
【별표 8】수술분류표 425
【별표 8-1】수술분류표II 429
【별표 9】누적외상성질환(VDT 증후군) 분류표 433
【별표 10】전자파관련 특정암 분류표 434
【별표 11】급성심근경색증 및 뇌졸중 435
【별표 12】소아 3 대암 분류표 436
【별표 13】식중독 분류표 437
【별표 14】골절 분류표 438
【별표 15】화상 분류표 439
【별표 16】특정전염병 분류표 440
【별표 17】고액치료비암 분류표 441
【별표 18】과로사관련 질병 분류표 442
【별표 19】마라톤관련 특정질병 분류표 443
【별표 20】급성심근경색증 및 뇌출혈 444
【별표 21】산재장해분류표 445
【별표 22】허혈성심장질환 및 뇌혈관질환 451
【별표 23】급성심근경색증 및 뇌혈관질환 452
【별표 24】연구활동종사자 관련 후유장해 지급률표 453
【별표 25】척추옆굽음증 분류표 459
【별표 26】백혈병 분류표 460
【별표 27】장애인의 장애정도표 461
【별표 28】탈구,신경손상,압착손상 분류표 467
【별표 29】외상성절단 분류표 469
【별표 30】뇌·내장손상 분류표 470
【별표 31】유방절제수술 분류표 472
【별표 32】다발골절 분류표 473
【별표 33】자동차사고부상등급표 474
【별표 34】대상포진 분류표 484
【별표 35】대상포진눈병 분류표 485
【별표 36】통풍 분류표 486

【별표 37】1~5 종 분류표 487
【별표 38】충수염 분류표 493
【별표 39】온열질환 분류표 494
【별표 40】7 대질병 분류표 495
【별표 41】21 대질병 분류표 497
【별표 42】정신질환 분류표 501
【별표 43】유독성 물질에 의한 불의의 중독 및 노출 분류표 502
【별표 44】유산 분류표 503
【별표 45】만성당뇨합병증대상질병 분류표 504
【별표 46】골절(1~5 종) 분류표 505
【별표 47】골절(치아파절 제외, 1~5 종) 분류표 508
【별표 48】외상후 스트레스장애 분류표 511
【별표 49】대장 양성종양 및 폴립 분류표 512
【별표 50】위·십이지장 양성종양 및 폴립 분류표 513

법 규 514

현대단체상해보험Ⅱ 보통약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조(목적)

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

제 2 조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

> **[용어해설]**
> <보험료>
> 보험료는 계약자가 계약에 의거하여 회사에 지급하여야 하는 요금을 말합니다. 또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 순보험료, 회사의 사업경비를 위한 부가보험료 및 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구성됩니다.
>
> 보험료 = 순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

   나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
   마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
   나. 장해: 【별표 1】장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

> **[용어해설]**
> <보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증>
> 회사의 인수기준에 따라 보장내용의 보험가입금액을 일정금액 이하로 낮추거나 일부 보장내용의 가입을 거절하거나 알릴 의무와 관련하여 보험금을 삭감하거나 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 보험료를 할증하는 것을 말합니다.

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

> **[예시안내]**
> <연단위 복리 계산법>
> 100 원(원금) + 100 원 × 10%(1 년차 이자) + [100 원 + 100 원 × 10%] × 10%(2 년차 이자) = 총 121 원

   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 연도별 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

[관련법규]
<관공서의 공휴일에 관한 규정 제 2 조 및 제 3 조>
제 2 조(공휴일)
관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.
1. 일요일
2. 국경일 중 3·1 절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1 월 1 일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12 월 말일, 1 월 1 일, 2 일)
5. 삭제 <2005. 6. 30>
6. 부처님오신날 (음력 4 월 8 일)
7. 5 월 5 일 (어린이날)
8. 6 월 6 일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8 월 14 일, 15 일, 16 일)
10. 12 월 25 일(기독탄신일)
10 의 2. 「공직선거법」제 34 조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제 3 조(대체공휴일)
① 제 2 조제 2 호부터 제 10 호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제 2 조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
1. 제 2 조제 2 호 또는 제 7 호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제 2 조제 4 호 또는 제 9 호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제 2 조제 2 호 · 제 4 호 · 제 7 호 또는 제 9 호의 공휴일이 토요일 · 일요일이 아닌 날에 같은 조 제 2 호부터 제 10 호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우
② 제 1 항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.
③ 제 1 항 및 제 2 항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표 1】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금

제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[용어해설]
<실종선고>

어떤사람이 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정으로 민법 제 27 조(실종의 선고)를 따릅니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

[관련법규]

<호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률>

제 15 조(연명의료중단등결정 이행의 대상)

담당의사는 임종과정에 있는 환자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 연명의료중단등결정을 이행할 수 있다.

1. 제 17 조에 따라 연명의료계획서, 사전연명의료의향서 또는 환자가족의 진술을 통하여 환자의 의사로 보는 의사가 연명의료중단등결정을 원하는 것이고, 임종과정에 있는 환자의 의사에도 반하지 아니하는 경우
2. 제 18 조에 따라 연명의료중단등결정이 있는 것으로 보는 경우

③ 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표 1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제 3 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제 3 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 8 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

[예시안내]

질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1 이하(지급률 15%)가 된 피보험자가 이후에 상해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02 이하(지급률 35%)가 된 경우에는 상해로 인한 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 차감한 20%에 해당하는 장해보험금을 지급합니다.

제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

[용어해설]

<습관성 유산, 불임 및 인공수정>

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98 에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제 3 조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제 6 조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제 3 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제 7 조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)

② 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

[관련법규]

※ 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분

- 의원급 의료기관 : 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- 병원급 의료기관 : 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원
- 조산원 : 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

제 8 조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급하며, 배상책임손해 및 재산손해에 관한 보험금은 보험금 청구서류를 접수 받은 후 지체없이 결정하고 그 보험금이 결정되면 7 일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사. 확인하기 위해 필요한 기간이 제 1 항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제 7 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 6 항에 따라 보험금 지급사유에 대해제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우

[용어해설]

<분쟁조정제도>

주로 금융소비자가 금융회사를 상대로 제기하는 금융분쟁에 대하여 금융감독원이 조정신청을 받아 의견을 제시하여 당사자 간의 합의를 유도함으로써 소송을 통하지 않고 분쟁을 원만하게 해결하는 제도를 말합니다.

③ 제 2 항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

④ 제 2 항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[용어해설]

< 가지급보험금 >

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

⑤ 배상책임 및 재산손해 보장의 경우 제 1 항에 의하여 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑥ 회사가 제 1 항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는(제 2 항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다) 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표> '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연될 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

[용어해설]

<정당한 사유>

사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

⑦ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 15 조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제 2 항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑧ 회사는 제 7 항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

<부표> 보험금을 지급할 때의 적립이율

기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

[용어해설]

<정당한 사유로 인정하는 경우>

회사의 보험금 지급지연 사유가 보험금지급의 신속성과 편의성 방해가 아닌 공정하고 정확한 보험금 지급사유의 조사, 확인을 위한 것으로 금융위원회 또는 금융감독원이 인정하는 사정이 있을 때를 말합니다.

제 9 조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

[예시안내]

<일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우>

(가정: 2023.1.1 에 일시에 지급할 보험금 100 만원을 2023.1.1 과 2024.1.1 에 각각 50 만원씩 나누어 지급, 평균공시이율 5%) :
2023.1.1 지급액 = 50 만원
2024.1.1 지급액 = 50 만원 + (50 만원 X 5%) = 52.5 만원

<나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우>
(가정: 2023.1.1 과 2024.1.1 에 각각 50 만원씩 나누어 지급할 보험금을 2023.1.1 에 일시에 지급, 평균공시이율 5%) :
2023.1.1 에 일시에 지급할 보험금 = 50 만원 + 50 만원/(1+5%)
= 97.62 만원

제 10 조(주소변경통지)

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

제 11 조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 호의 경우는 피보험자의 법정상속인, 같은 조 제 2 호의 경우는 피보험자로 합니다.

[용어해설]
<법정상속인>
법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제 12 조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2 명 이상인 경우에는 각 대표자를 1 명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1 명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
③ 계약자가 2 명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

[유의사항]
<계약자가 2 명 이상인 경우>
계약자가 2 명 이상인 경우, 계약전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약채결에 따른 계약자의 의무를 연대*로 합니다.
*연대란, 어떠한 행위의 이행에 있어서, 두 사람 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 해당 의무를 이행할 의무가 있습니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 13 조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[관련법규]
<상법에 따른 "고지의무">
※ 상법 제 651 조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1 월내에, 계약을 체결한 날로부터 3 년내에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실

로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니합니다.
※ 상법 제 651 조의 2(서면에 의한 질문의 효력)
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정합니다.

제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 ① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

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

[직업]
1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함

예) 학생, 미취학아동, 무직 등

[직무]
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

② 회사는 제 1 항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제 21 조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]



③ 회사는 제 2 항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

[용어해설]
<계약자적립액>
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및

해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

④ 제 1 항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

[용어해설]
<보험요율>
보험료를 산출하기 위하여 일정한 보험단위 또는 단위위험 당 적용된 비율로서 보험요율에 보험금액을 곱하게 될 경우 보험계약자가 지불하는 보험료가 됩니다.

[예시안내]
<보험금을 삭감하여 지급하는 경우 예시>
보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1 급 → 2 급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우

· 상해사망 가입금액 : 1 억원

· 상해사망 보험요율 : 1 급 0.3, 2 급 0.5

→ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1 억원 × (0.3 ÷ 0.5) = 6 천만원

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제 1 항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제 4 항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

[용어해설]
<고의>
자기의 행위가 불법구성요건을 실현함을 인식하고 인용하는 행위자의 심적 태도를 말합니다.

<중대한 과실(중과실)>
주의의무의 위반이 현저한 과실, 『중대한 과실』, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반을 말합니다.

제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제 13 조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 1 항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을때

② 제 1 항 제 1 호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2 년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1 년)이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3 년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고

지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

[용어해설]
<해지>
현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

③ 제 1 항에 따라 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 31 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
④ 제 1 항 제 1 호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 31 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
⑤ 제 1 항 제 2 호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 4 항 또는 제 5 항에 따라 보험금을 지급합니다.
⑥ 제 1 항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제 4 항 및 제 5 항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

[유의사항]
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제 16 조(사기에 의한 계약)

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5 년 이내(사기사실을 안 날부터 1 개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
② 회사가 제 1 항에 따라 계약을 취소한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 취소후 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 31 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 17 조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제 1 회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30 일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30 일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
④ 회사가 제 1 회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '평균공시이율 + 1%'를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

[용어해설]
<보험료>
보험료는 계약자가 계약에 의거하여 회사에 지급하여야 하는 요금을 말합니다. 또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 순보험료, 회사의 사업경비를 위한 부가보험료 및 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구성됩니

다.

보험료 = 순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

제 18 조(청약의 철회)

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

[용어해설]

<전문금융소비자>
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」제 2 조(정의) 제 9 호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

<일반금융소비자>
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

[관련법규]

<금융소비자 보호에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 9 호, 제 10 호>
9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
가. 국가
나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
다. 대통령령으로 정하는 금융회사
라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제 9 조제 15 항제 3 호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자
10. "일반금융소비자"란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만. 계약자가 제1회 보험료 등을 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제 19 조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다.

만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

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

② 제 1 항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[용어해설]

<통신판매계약>

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제 1 항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

[용어해설]

<약관의 중요한 내용>

금융소비자 보호에 관한 법률 제 19 조(설명의무) 등에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

<자필서명>

계약자가 성명기입란에 본인 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함합니다.

※ 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명

: 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제 3 항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제 1 항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

⑤ 제 3 항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 20 조(계약의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제 2 조제 2 호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제 44 조의 2 에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약

에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

2. 만 15 세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

[용어해설]

<심신상실자>

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

<심신박약자>

심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제 2 호의 만 15 세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제 21 조(계약내용의 변경 등)

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

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자 중 일부
5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

[유의사항]

<계약자의 보험수익자 변경 통지>

계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제 1 회 보험료를 납입한 때부터 1 년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제 1 항 제 5 호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 31 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제 2 항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제 1 항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[유의사항]

<보험가입금액 등의 감액시 환급금>

보험가입금액, 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제 22 조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제 20 조(계약의 무효) 제 2 호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제 1 항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6 개월 미만의 끝수는 버리고 6 개월 이상의 끝수는 1 년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

[예시안내]

【보험나이 계산 예시】

생년월일: 1988 년 10 월 2 일, 현재(계약일): 2014 년 4 월 13 일

⇒ 2014 년 4 월 13 일 - 1988 년 10 월 2 일 = 25 년 6 월 11 일 = 26 세

[유의사항]

1.계약해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.

2.청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 따라 계약이 체결되었으나, 신분증에 기재된 사실내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제 1 회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제 1 회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[용어해설]

<보장개시일>

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제 1 회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제 2 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제 13 조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 계약이 갱신되는 경우에는 제 1 항 내지 제 3 항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제 24 조(제 2 회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

[용어해설]

<납입기일>

계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 25 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용

② 회사가 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제 1 항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제 1 항에 따라 계약이 해지되고 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 31 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

[용어해설]
<납입최고(독촉)>
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

제 26 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제 25 조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 제 31 조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '평균공시이율 + 1%' 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제 1 항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 13 조(계약 전 알릴의무), 제 15 조(알릴 의무 위반의 효과), 제 16 조(사기에 의한 계약), 제 17 조(보험계약의 성립) 및 제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

③ 제 1 항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제 13 조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 27 조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 타인을 위한 계약의 경우 제 31 조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권 실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제 21 조(계약내용의 변경 등) 제 1 항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

[용어해설]
< 타인을 위한 계약 >
계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

② 회사는 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

③ 회사는 제 1 항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제 1 항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제 1 항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7 일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7 일을 지나서 도달하고 이후 보험수익자가 제 1 항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7 일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제 3 항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15 일 이내에 제 1 항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[용어해설]
<강제집행과 담보권 실행>
강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.
담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

<국세 및 지방세 체납처분 절차>
국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제 28 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 31 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제 20 조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 31 조(보험료의 환급) 에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 보험금 지급사유 발생으로 회사가 보험금을 지급한 때에도 보험가입금액이 감액되지 않은 경우에는 계약자는 그 보험금 지급사유 발생 후에도 계약을 해지할 수 있습니다.

제 28 조의 2(위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 47 조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5 년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1 년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10 일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제 1 항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제 1 항 및 제 3 항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제 31 조(보험료의 환급) 제 1 항 제 1 호에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제 1 항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 29 조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1 개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

[유의사항]
<이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급>
계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우 회사는 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
다만, 이 경우에도 회사는 이미 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제 1 항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 31 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 30 조(회사의 파산선고와 해지)

① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제 1 항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3 개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제 1 항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제 2 항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제 31 조(보험료의 환급)에 의한 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 31 조(보험료의 환급)

① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 아니한 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료

2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1 년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.

② 보험기간이 1 년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제 1 항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

③ 제 1 항 제 2 호에서 '계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유'라 함은 다음 각호를 말합니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 임의 해지하는 경우
2. 회사가 제 16 조(사기에 의한 계약), 제 28 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 또는 제 29 조(중대사유로 인한 해지)에 따라 계약을 취소 또는 해지하는 경우
3. 보험료 미납으로 인한 계약의 효력 상실

④ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제 32 조(분쟁의 조정)

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

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 42 조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제 33 조(관할법원)

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

제 34 조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3 년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[유의사항]
<소멸시효>
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.
보험금 지급사유가 2018 년 1 월 1 일에 발생하였음에도 2021 년 1 월 1 일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제 35 조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제 36 조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계

약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[용어해설]
<보험안내자료>
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 서류 등을 말합니다.

제 37 조(회사의 손해배상책임)

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

[용어해설]
<현저하게 공정을 잃은 합의>
회사가 보험수익자의 경제적. 신체적. 정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일. 유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제 38 조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제 39 조(준거법)

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

제 40 조(예금보험에 의한 지급보장)

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

[용어해설]
<예금자보호제도>
예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 예금자 1 인당 최고 5,000 만원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

현대단체상해보험Ⅱ 특별약관

【제도성 특별약관】
단체계약 특별약관

제 1 조(계약의 적용 범위)

① 피보험자가 다음중 한가지의 단체에 소속되어야 하며, 단체를 대표하여 계약자로 된 자가 단체보험 계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

1. 제 1 종 단체

   동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5 인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.

2. 제 2 종 단체

   비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회등 동업자단체로서 5 인 이상의 구성원이 있는 단체

3. 제 3 종 단체

   그밖에 단체의 구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5 인 이상의 구성원이 있는 단체

② 제 1 항의 대상단체에 소속된 자로서 동일한 보험계약을 체결한 5 인 이상의 피보험자로 피보험단체를 구성하여야 하며, 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 다음의 조건을 모두 충족하여야 합니다.

1. 단체의 내규에 의한 복지제도로서 노사합의에 의하며, 보험료의 일부를 단체 또는 단체의 대표자가 부담하여야 합니다.
2. 제 1 항 제 2 호 및 제 3 호에 해당하는 단체는 내규에 의해 단체의 대표자와 보험회사가 협정에 의해 체결하여야 합니다.

제 2 조(상법 제 735 조 3 의 적용)

① 제 1 조의 단체가 피보험자를 확정할 수 있고 계약의 일괄적 관리가 가능하며, 규약에 따라 계약을 체결하는 경우 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않아도 되며, 계약자에게만 보험증권을 드릴 수 있습니다.

② 제 1 항의 규약은 보험의 종류 및 일괄 가입에 관한 사항이 포함되어야 하며, 동의 또는 협의를 통하여 피보험자들의 의사가 규약에 반영될 수 있어야 합니다. 다만, 보험수익자를 계약자 등 피보험자의 이해에 반하는 자로 지정하는 경우에는 해당 내용이 규약에 반영되어야 하며, 반영되지 않은 경우에는 별도 피보험자의 동의를 받아야 합니다.

③ 보험회사는 계약자를 통해 단체의 규약이 제 2 항을 충족하고 있는 지 확인을 해야 하며, 계약자는 이에 협조하여야 합니다.

제 3 조(단체요율의 적용)

① 제 1 조의 단체는 단체요율을 적용할 수 있습니다. 다만, 제 3 종 단체는 구성원이 명확하고 위험의 동질성이 확보되어야 합니다.

② 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 대상단체의 위험과 피보험단체의 위험의 동질성이 유지되어야 합니다.

제 4 조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체)

① 계약을 맺은 후 보험의 목적을 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.

② 이 계약기간 중 보험의 목적 감소의 경우는 당해 보험의 목적의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 증가 또는 교체되는 보험의 목적의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.

③ 회사는 제 1 항 및 제 2 항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 보험의 목적에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

④ 제 1 항에 따라 보험의 목적이 교체되는 경우에는 보험의 목적 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입될 수 있으며, 보험의 목적 교체시점부터 잔여 보험기간(보험의 목적 교체전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상하여 드립니다.

제 5 조(개별계약으로의 전환)

① 피보험자가 퇴직 등의 사유로 인하여 피보험단체에서 탈퇴하는 경우 피보험자가 보험료의 일부를 부담한 경우에 한하여 탈퇴일로부터 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자는 회사의 승낙을 얻어 개별계약으로 전환할 수 있으며, 이 경우 피보험자는 개별계약의 계약자가 됩니다.

② 제 1 항에 따라 개별계약으로 전환시에는 전환후 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급되는 보험료는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 바에 따라 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.

제 6 조(보험증권(보험가입증서)의 발급)

① 회사는 보험계약자에게 보험증권(보험가입증서)을 드려야 하고, 그 약관의 주요한 내용을 알려드립니다.

② 보험계약자의 요청이 있을 경우, 개별 피보험자에게는 가입증명서를 발급하여 드립니다.

제 7 조(적용상의 특칙)

계약자가 아닌 단체의 소속원이 보험료 전부 또는 일부를 부담하는 경우에는 그 소속원이 계약자로서의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 8 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체계약보험료정산 추가특별약관

제 1 조(보험료의 정산)

① 회사는 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체) 제 2 항에도 불구하고 이 추가약관에 따라 보험료를 정산합니다.

② 회사는 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체) 제 3 항과 관계없이 보험료가 정산되기 이전 일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제 2 조(피보험자의 명부)

계약자는 항상 피보험자의 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

제 3 조(예치 보험료)

예치보험료는 계약체결일 이전 1 개월 동안 1 일 평균인원수에 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

제 4 조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10 일까지 전월말까지의 피보험자에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출하여야 합니다.
2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 제 1 항에 의한 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치 보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제 5 조(준용규정)

이 추가약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

보험료정산 추가특별약관(특정단체용)

제 1 조 (보험료의 정산)

① 회사는 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체) 제 2 항에도 불구하고 이 추가약관에 따라 보험료를 정산합니다.

② 회사는 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체) 제 3 항과 관계없이 보험료가 정산되기 이전 일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험료정산기간)

① 보험기간동안 계약자와 회사가 정한 기간마다 보험료를 정산하기로 약정하고, 이 기간을 보험료 정산기간(「정산기간」)이라 합니다)이라 합니다.

② 계약자는 회사와 다음 중 어느 하나의 것으로 보험료를 정산하기로 약정하여야 합니다.

1. 계약 기간중

- 매월 □, - 매 6 개월 □, - 기타 □ ( )

2. 보험기간 종료후 □

제 3 조(예치보험료)

계약을 체결할 때 계약자는 보험계약기간 중의 예상 피보험자의 수 및 보험가입조건을 회사에 제출하여야 하며, 동 조건 등에 따라 산출된 1 개월 이상의 추정보험료(이하 『예치보험료』)라 합니다)를 납입합니다.

제 4 조(보험료의 정산방법)

① 계약자는 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출해야 합니다.

② 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.

③ 회사는 계약자로부터 정산기간 동안의 피보험자 수를 통지 받아 매 정산기간 종료 후 10 일 이내에 실제보험료를 아래와 같이 산출한 후 위 제 3 조의 예치보험료와의 차액을 받거나 돌려 드립니다. 다만, 실제보험료는 예치보험료의 2/3 을 밑돌 수 없습니다.

(최초 시작시 피보험자수 + 보험기간 만료시 피보험자수)

---------- × 1 인당보험료 = 실제보험료

2

제 5 조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체계약 특별약관을 따릅니다.

상품다수구매자보험계약 특별약관

제 1 조(적용범위)

① 이 특별약관은 상품다수판매자가 자기의 관리하에 운영·유지되는 상품구매자 다수를 피보험자로 하여 보험계약을 체결하는 경우에 적용합니다.

② 제 1 항의 상품구매자란 각종 재화, 용역 및 서비스의 구매자를 말합니다.

③ 제 1 항의 총 피보험자수는 100 명 이상이어야 합니다.

제 2 조(계약자)

계약자는 제 1 조(적용범위)의 상품다수구매자 다수를 대표하여 계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

제 3 조(보험가입금액)

피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

제 4 조(피보험자의 증가, 감소, 또는 교체)

① 계약을 맺은 후 피보험자를 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 보험계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.

② 보험기간 중 피보험자의 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며, 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인해 발생되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려드립니다.

③ 회사는 계약자 또는 피보험자가 제 1 항, 제 2 항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조(약관 등의 교부)

회사는 계약자에게만 보험증권 및 약관을 교부하여 드립니다. 단, 회사가 필요한 경우 피보험자에게 보험증권 및 약관의 주요 내용을 요약한 요약 약관을 보내드릴 수 있습니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상품다수구매자보험료정산 추가특별약관

제 1 조(보험료의 정산)

① 회사는 상품다수구매자 보험계약 특별약관(이하 “특별약관” 이라 합니다.) 제 4 조(피보험자의 추가, 감소, 또는 교체) 제 2 항에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.

② 회사는 상품다수구매자 보험계약 특별약관 제 4 조(피보험자의 증가, 감소, 또는 교체) 제 3 항과 관계없이 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험가입금액)

특별약관 제 3 조(보험가입금액)의 규정에 관계없이 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 3 조(피보험자의 통지)

① 계약자는 피보험자의 증감이 있을 경우 아래 【양식 1】에 정한 양식으로 회사에 서면(팩시밀리를 포함합니다) 통지하여야 합니다.

② 회사의 보장은 제 1 항의 통지가 회사에 접수되는 시점으로 하며 우편통지시 그 통지가 지연된 경우에는 우체국 소인이 찍힌 날로부터 3 일이 지나면 회사에 접수된 것으로 봅니다.

③ 제 1 항에도 불구하고 계약자가 자기의 재화, 용역 및 서비스를 판매한 날짜 및 시간이 입력된 전산 자료를 회사에 제공할 수 있을 경우에는 다음 어느 하나의 기간 단위로 피보험자 증감내역을 통보합니다.

- 매주 □, - 매 6 개월 □, -기타 □,( )

제 4 조(보험료 정산기간)

계약자는 다음 중 어느 하나의 것으로 보험료를 정산하기로 약정하고, 이 기간을 보험료정산기간(이하 “정산기간” 이라 합니다)이라 합니다

① 보험계약 기간중

- 매주 □, - 매 6 개월 □, -기타 □,( )

② 보험기간 종료후 □

제 5 조(예치보험료)

계약자는 제 4 조(보험료 정산기간)의 매 정산기간이 시작될 때 마다 정산기간동안의 예상피보험자수에 정해진 보험요율을 적용하여 산출한 보험료(이하 “예치보험료” 라 합니다)를 회사에 납입하여야 합니다.

제 6 조(보험료의 정산방법)

① 계약자는 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출해야 합니다.

② 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 보험계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.

③ 회사는 제 3 조에 의해 통지된 내용에 따라 정산기간 동안의 실제보험료를 산출한 후 매 정산기간 종료후 7 일 이내에 제 5 조(예치보험료)의 예치보험료와의 차액을 받거나 돌려드립니다.

④ 회사는 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다. 다만, 제 3 항의 피보험자 통지가 이루어진 경우에 한합니다.

제 7 조(보험기간의 설정)

회사는 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 보험계약자가 요청하는 기간으로 합니다. 다만, 이 계약기간 중에 피보험자 감소의 경우 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 합니다.

제 8 조(적용 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 9 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 상품다수구매자 보험계약 특별약관을 따릅니다.

【양식 1】

피보험자 (보험대상자)명	주민등록번호	주 소	전화번호	상품구입일	날 인

상품다수구매자보험기간설정에관한 추가특별약관

제 1 조(적용범위)

이 추가특별약관은 상품다수구매자 보험계약 특별약관(이하 “특별약관” 이라 합니다) 제 4 조 제 2 항에도 불구하고, 새로이 증가되는 피보험자의 보험기간을 정하는 경우에 적용합니다.

제 2 조(보험기간)

이 추가특별약관에 따라 계약기간 중에 새로이 증가된 피보험자의 보험기간은 보험계약자가 요청하는 기간으로 합니다.

제 3 조(보험료의 납입)

① 보험계약자는 새로이 증가된 피보험자에 대하여 일단위로 계산된 추가보험료를 납입하여야 합니다.

② 새로이 증가된 피보험자의 보험기간이 시작된 후라도 다른 약정이 없으면 추가보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 상품다수구매자 보험계약 특별약관을 따릅니다.

배우자보장 추가특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

① 회사는 이 추가특별약관에 따라 상품다수구매자 보험계약 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다) 의 피보험자 본인(이하 “본인”이라 합니다)의 배우자(이하 “배우자”라 합니다)를 특별약관의 피보험자로 합니다.

② 제 1 항의 배우자는 본인의 가족관계증명서상에 기재된 법률상의 배우자를 말합니다.

③ 제 1 항과 제 2 항의 본인과 배우자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

자녀보장 추가특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

① 회사는 이 추가특별약관에 따라 상품다수구매자 보험계약 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다) 의 피보험자 본인(이하 “본인”이라 합니다)의 자녀(이하 “자녀”라 합니다)를 특별약관의 피보험자로 합니다.

② 제 1 항의 자녀는 본인의 가족관계증명서상에 기재된 만 ( )세미만의 법률상의 미혼자녀(이하 「자녀」라 합니다.)

③ 제 1 항과 제 2 항의 본인과 자녀와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

상품의추가구매로인한중복보장제외 추가특별약관

제 1 조(적용범위)

① 이 추가특별약관은 상품다수구매자 보험계약 특별약관(이하 “특별약관” 이라 합니다)이 포함된 계약에 한하여 적용합니다.

② 이 추가특별약관은 다음 각호에서 정한 요건을 충족하는 계약에 한하여 적용합니다.

1. 피보험자가 계약자의 각종 재화, 용역 및 서비스(이하 “상품” 이라 합니다.)를 구매한 후 보험계약의 보장이 개시되는 경우
2. 피보험자가 상품을 구매할 때마다 새로운 보장이 개시되는 경우

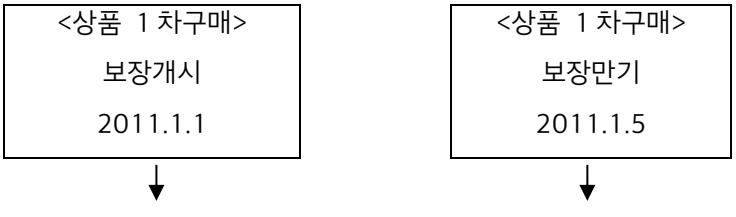
제 2 조(중복보장의 제외)

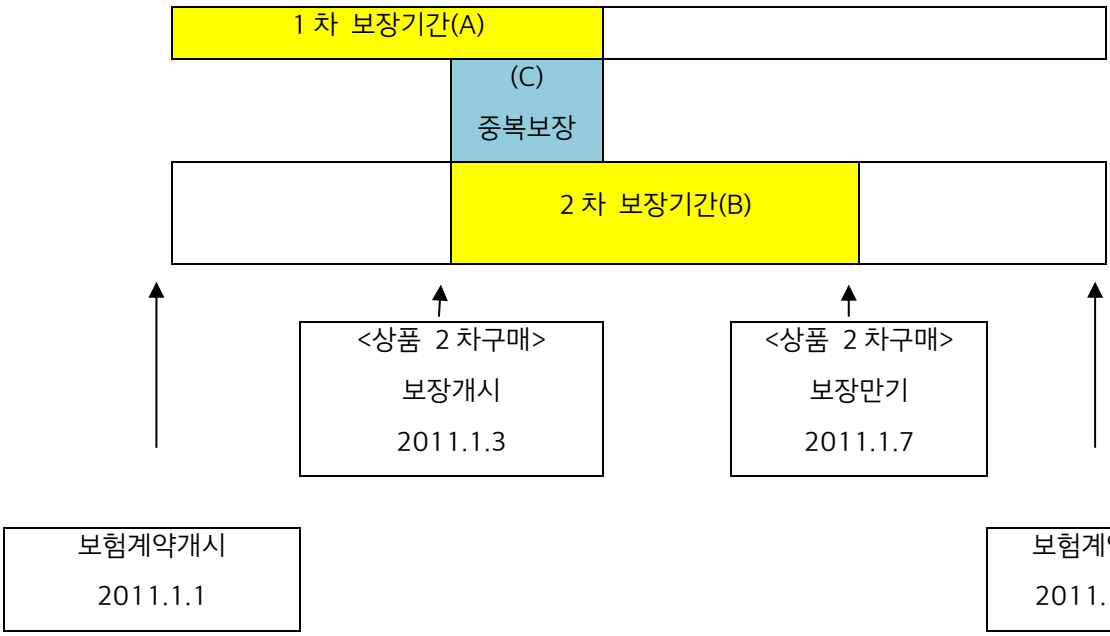
① 회사는 피보험자가 계약자의 상품을 구매하여 ( )특별약관의 보장(이하 “보장”이라고 합니다)이 개시되고 종료되기 전에, 해당 상품을 추가 구매하여 보장기간이 중복되는 경우(이하 “중복기간”이라 합니다)에는 해당 중복기간에 사고가 발생시 1 사고당 1 회만 보장을 합니다.

② 제 1 항에 따라 중복보장이 제외되는 ( )특별약관은 실손 형태의 보장 또는 질병을 보장하는 내용을 포함할 수 없습니다.

③ 제 1 항의 사고와 보장내용은 ( )특별약관의 해당 내용을 따릅니다.

※ 중복보장기간 예시 ※





□예시 설명

- 조건 : 상품 구매 후 ( )특별약관을 4 일간 보장함

상품 1 차 구매함과 동시에 1 차 보장기간 개시(4 일간) : (A)

상품 2 차 구매함과 동시에 2 차 보장기간 개시(4 일간) : (B)

- 중복보장제외 추가특약 가입시 : (A)와 (B)가 중복되는 (C)의 기간에는 ( )특별약관에서 보장하는사고 발생시 중복으로 보상하지 않고 1 사고당 1 회만 보상함

제 3 조(피보험자의 통지)

① 계약자는 자기의 상품을 판매한 날짜 및 시간(피보험자가 계약자의 상품을 구매한 날짜 및 시간)이 입력된 자료를 아래의 【양식】에 맞게 작성하여 다음에서 정한 정산기간 단위로 회사에 제공해야 합니다.

- 매주 □, - 매월 □, - 매분기 □, - 매반기 □, -보험기간 종료 후 □ -기타 ( ) □

【양식】

피보험자명	주민등록번호	상품구입일시

② 회사는 제 4 조(중복보장의 제외에 따른 보험료의 정산)의 보험료를 정산하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자에게 추가적인 자료를 요청할 수 있습니다.

제 4 조(중복보장의 제외에 따른 보험료의 정산)

① 회사는 제 3 조(피보험자의 통지)에 의해 제공된 자료를 근거로 정산보험료를 아래와 같이 산정합니다.

□ 예치보험료의 산정 : 기존 계약의 상품 구매 DATA(양식-피보험자, 주유횟수 명시)를 바탕으로 중복기간에 대한 보험료 제외(보험료 납입시 산정) □ 실제보험료의 산정 : 미리 정한 정산기간별로 해당 보험기간에 대한 상품 구매 DATA(양식 -피보험자, 주유횟수 명시)를 바탕으로 중복기간을 제외하고 실제 보장기간에 대한 보험료 산정(보험료 정산시 산

정)

② 회사는 제 3 조(피보험자의 통지)에서 정한 매 정산기간 종료 후 7 일 이내에 제 1 항에 의해 산정된 실제보험료를 예치보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려드립니다

제 5 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관, 상품다수구매자 보험계약 특별약관 및 ( )특별약관을 따릅니다.

질병확장보장 추가특별약관(Ⅱ)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 ( )특별약관의 '보험금의 지급사유' 조항에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병에 대해서도 '보험금의 지급사유'의 조항에 따라 보상하여 드립니다. 단, 질병으로 인한 후유장해의 경우 이 계약의 보험기간 전에 이미 해당 후유장해에 대한 장해지급률이 있는 경우에는 보상하지 않으며, 이 계약의 보험기간 중 장해지급률이 최초로 결정된 경우에 한하여 보상하여 드립니다.

② 제 1 항에서 갱신된 계약이라 함은 ( )특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 10 일이내에 이 계약의 ( ) 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다. 단, 10 일을 초과하더라도, 이 계약의 ( ) 특별약관 보장이 개시되기 이전 계약의 보험가입 사실을 확인하고, 보험사가 이를 승인한 경우에도 계약이 갱신된 것으로 본다.

③ 제 1 항에도 불구하고 피보험자와 회사가 장해지급률에 대한 이견으로 보험기간 중 합의가 이루어지지 않아 보험기간 종료 후에 최종 장해지급률이 결정되었다면 이는 보험기간중 장해지급률이 결정된 것으로 봅니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 ( ) 특별약관에 따릅니다.

상해확장보장 추가특별약관(Ⅱ)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 ( )특별약관의 '보험금의 지급사유' 조항에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자에게 보험기간 이전에 발생한 상해 사고에 대해서도 '보험금의 지급사유'의 조항에 따라 보상하여 드립니다.

② 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 ( )특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 10일이내에 이 계약의 ( ) 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다. 단, 10일을 초과하더라도, 이 계약의 ( ) 특별약관 보장이 개시되기 이전 계약의 보험가입 사실을 확인하고, 보험사가 이를 승인한 경우에도 계약이 갱신된 것으로 본다.

③ 제1항에도 불구하고 상해로 인한 사망, 후유장해 및 진단의 경우 사망일, 후유장해 진단일, 진단확정일과 관계없이 해당 사망, 후유장해 및 진단의 직접적인 원인이 되는 상해사고가 이 계약의 보험기간 중 발생한 경우에 보상하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 ( ) 특별약관을 따릅니다.

상해확장보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 보통약관 제 3 조(보험금의 지급사유)에 의한 사망보험금 및 후유장해보험금을 이 특별약관에 따라 보험수익자에게 지급합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해확장보장 II 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 보통약관 제 3 조(보험금의 지급사유)에 의한 사망보험금 및 후유장해보험금을 이 특별약관에 따라 보험수익자에게 지급합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제 3 조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해확장보장Ⅲ 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 보통약관 제 3 조(보험금의 지급사유)에 의한 사망보험금 및 후유장해보험금을 이 특별약관에 따라 보험수익자에게 지급합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제 3 조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다.)

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해손해보장제외 특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 현대단체상해보험Ⅱ 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다) 제 3 조(보험금의 지급사유), 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에도 불구하고 사망보험금 및 후유장해보험금을 이 특별약관에 따라 보상하여드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

부부보장 특별약관(Ⅰ)

제 1 조(피보험자의 범위)

회사는 이 특별약관에 의하여 피보험자 본인(이하 “본인”이라 합니다) 및 보험증권(보험가입증서)에 기재된 본인의 배우자를 (　　)약관 제(　)조(보험금의 지급사유)의 피보험자로 합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 (　　)약관을 따릅니다.

가족보장 특별약관(Ⅰ)

제 1 조(피보험자의 범위)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 피보험자 본인(이하 “본인”이라 합니다) 및 보험증권(보험가입증서)에 기재된 본인의 가족을 ( )약관 제( )조(보험금의 지급사유)의 피보험자로 합니다.

② 제 1 항의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 본인의 배우자
2. 본인과 생계를 같이하는 본인 및 배우자의 부모
3. 본인과 생계를 같이하는 미혼자녀

③ 제 2 항의 본인과 본인 이외의 가족과의 관계는 사고 발생 당시의 관계를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 ( )약관을 따릅니다.

부부보장 특별약관(Ⅱ)

제 1 조(피보험자의 범위)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 피보험자 본인(이하 "본인"이라 합니다) 및 본인의 배우자를 ( )약관의 피보험자로 합니다.

② 제 1 항의 본인과 본인의 배우자와의 관계는 사고 발생 당시의 관계를 말합니다

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 ( )약관을 따릅니다.

가족보장 특별약관(Ⅱ)

제 1 조(피보험자의 범위)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 피보험자 본인(이하 "본인"이라 합니다) 및 본인의 가족을 ( )약관의 피보험자로 합니다.

② 제 1 항의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 본인의 배우자
2. 본인의 자녀

③ 제 2 항의 본인과 본인 이외의 가족과의 관계는 사고 발생 당시의 관계를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 ( )약관을 따릅니다.

보험금지급 추가특별약관

제 1 조(보험금의 지급)

회사는 이 추가특별약관에 따라 가족보장 특별약관에서의 가족에 대한 보험금보험수익자를 피보험자 본인으로 하여 가족에 대한 보험금을 본인에게 지급합니다. 단, 사망보험금 및 후유장해보험금은 제외합니다

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 가족보장 특별약관을 따릅니다.

보험료분납 특별약관(Ⅰ)

제 1 조(보험료의 납입)

계약자는 이 계약의 연간 (보험기간이 공사기간 등 일정한 구간으로 설정되는 계약에 대해서는 증권당) 최종 적용보험료가 ( )원 이상인 경우 보험료를 ( )회에 나누어 회사에 납입합니다.

제 2 조(나눠내는 보험료의 납입)

① 계약자는 계약을 체결할 때에 제 1 회 나눠내는 보험료를 납입하고 제 2 회 이후의 나눠내는 보험료는 아래에 기재된 납입기일까지 납입하여야 합니다.

1. 보험기간이 1 년인 경우

1) 2 회 분납

- 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 ( )%해당액)
- 제 2 회 : 보험증권에 기재된 납입기일(총 보험료의 ( )%해당액)

2) 4 회 분납

- 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 ( )%해당액)
- 제 2 회부터 제 4 회 : 회차별 보험증권에 기재된 납입기일(각 회차별로 총 보험료의 ( )%해당액)

3) 12 회 분납

- 제 1 회 : 계약의 청약일 (총 보험료의 ( )% 해당액)
- 제 2 회부터 제 12 회 : 회차별 보험증권에 기재된 납입기일(각 회차별로 총 보험료의 ( )% 해당액)

2. 보험기간이 2 년인 경우

1) 2 회 분납 : 2 회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다.

- 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 50%해당액)
- 제 2 회 : 보험증권에 기재된 납입기일(총 보험료의 50%해당액)

2) 24 회 분납 : 24 회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다.

- 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 (1/24)해당액)
- 제 2 회부터 제 24 회 : 회차별 보험증권에 기재된 납입기일(각 회차별로 총 보험료의 (1/24)해당액)

3. 보험기간이 3 년인 경우

1) 3 회 분납 : 3 회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다.

- 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 (1/3)해당액)
- 제 2 회 : 보험증권에 기재된 납입기일(총 보험료의 (1/3)해당액)
- 제 3 회 : 보험증권에 기재된 납입기일 (총 보험료의 (1/3)해당액)

2) 36 회 분납 : 36 회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다.

- 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 (1/36)해당액)

- 제 2 회부터 제 36 회 : 회차별 보험증권에 기재된 납입기일(각 회차별로 총 보험료의 (1/36)해당액)

② 위 제 1 항에도 불구하고 보험기간이 공사기간등 일정한 구간으로 설정되는 계약에 대해서는 나눠내는 보험료를 아래와 같이 정해진 납입기일까지 납입하여야 합니다.

- 제 1 회 : 계약의 청약일 (총 보험료의 ( )%해당액)

- 제 2 회부터 제( )회 : 회차별 보험증권에 기재된 납입기일(각 회차별로 총 보험료의 ( )%해당액)

③ 보험기간이 시작된 후라도 위 제 1, 2 항의 제 1 회 나눠내는 보험료를 납입하기 전에 생긴 사고는 보상하지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체포괄계약 특별약관

제 1 조(적용범위)

① 이 단체 포괄계약 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다)은 단체계약 특별약관 제 1 조(계약의 적용범위) 제 1 항에 정한 단체로서 동일한 성격을 갖는 둘 이상의 단체가 모여 공동으로 계약을 체결하는 경우에 적용합니다.

② 제 1 항의 경우 총피보험자수는 5 인 이상이어야 합니다.

제 2 조(계약자)

이 특별약관에서의 계약자는 제 1 조(적용범위)의 단체를 대표하여 계약상의 모든 권리,의무를 직접 또는 간접으로 행사할 수 있어야 합니다.

제 3 조(피보험자수의 산정)

이 특별약관 하에서의 피보험자수는 이 계약에 부보된 총피보험자수로 하며 이를 기준으로 단체계약의 유형에 따른 할인율을 적용합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당특별약관을 따릅니다.

단체피보험자지위유지 특별약관

제 1 조(피보험자 지위의 유지)

① 회사는 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체)에도 불구하고 피보험자가 피보험단체에서 탈퇴하더라도 피보험자의 지위를 이 보험의 종기까지 연장하여 드립니다. 다만, 사망으로 인한 퇴직 등 지위유지가 불가능한 경우에는 제외합니다.

② 이 특별약관은 아래의 조건을 모두 충족하는 경우에 한하여 적용합니다.

1. 피보험단체는 단체계약 특별약관 제 1 조(계약의 적용 범위) 제 1 항 제 1 호의 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5 인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체이어야 합니다.
2. 보험종기까지 잔여기간에 대한 보험료를 계약자가 모두 부담하여야 합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체계약보험기간설정에관한 추가특별약관

제 1 조(적용범위)

이 특별약관은 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체)에도 불구하고, 새로이 증가되는 피보험자의 보험기간을 정하는 경우에 적용합니다.

제 2 조(보험기간)

이 추가특별약관에 따라 계약기간 중에 새로이 증가된 피보험자의 보험기간은 계약자가 요청하는 기간으로 합니다.

제 3 조(보험료의 납입)

① 계약자는 새로이 증가된 피보험자에 대하여 일단위로 계산된 추가보험료를 납입하여야 합니다.

② 새로이 증가된 피보험자의 보험기간이 시작된 후라도 다른 약정이 없으면 추가보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

환율 특별약관

제 1 조(보험료 적용기준)

회사는 보험료를 원화로 영수 또는 환급할 때에는 청약일 또는 배서일의 KEB 하나은행 1 차고시 전신환대고객매도율로 환산한 원화로 합니다.

1. 보험료 : 청약일
2. 추가 및 환급보험료 : 배서일
3. 해지환급보험료 : 해지일
4. 분납보험료 : 납입해당일

제 2 조(보험금 지급기준)

보험금은 지급일의 KEB 하나은행 1 차고시 전신환대고객매도율로 환산한 원화 또는 ( )화에 해당하는 외환증서로 지급합니다.

장애인전용보험 전환 특별약관

제 1 조 (특별약관의 적용범위)

① 이 특별약관(이하 '특약'이라 합니다)은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 「소득세법 제 59 조의 4 (특별세액공제) 제 1 항 제 2 호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

[관련법규]

<소득세법 제 59조의 4 (특별세액공제) >

① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100 분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연100 만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

<소득세법 시행령 제 118조의 4 (보험료의 세액공제)>

① 소득세법 제59조의 4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

② 소득세법 제59조의 4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

<소득세법 시행규칙 제 61조의 3 (공제대상보험료의 범위)>

영 제118조의 4 제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2 . 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제 107 조 (장애인의 범위) 제 1 항」에서 규정한 장애인인 보험

[관련법규]

<「소득세법 시행령 제 107조 (장애인의 범위)」에서 규정한 장애인>

① 소득세법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.

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

<소득세법 시행규칙 제 54조 (장애아동의 범위) >

영 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

<장애인복지법 제32조(장애인 등록)>

① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 “법정대리인 등”이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 또는 구청장(자치구의 구청장을
말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 “등록증”이라 한다)을 내주어야 한다.

<국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 제6조(등록 및 결정)>

① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 “신청 대상자”라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처장에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다.

1. 「국가보훈 기본법」 제23조제1항제3호의2에 따라 발굴된 희생 · 공헌자의 경우
2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우
3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우

[예시안내]

<이특약을 적용할 수 없는 사례 예시>

1. 전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

2. 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

3. 전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우

⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

② 전환대상계약이 해지 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제 1 항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제 2 조 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제 3 조 제 1 항에도 불구하고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
④ 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제 2 조 (제출서류)

① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제 38 호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하, "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제 1 조(특별약관의 적용범위) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.
② 제 1 항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1 항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제 1 항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.
④ 제 1 항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제 3 조 (장애인전용보험으로의 전환)

① 회사는 이 특약이 부가된 전환대상계약을 「소득세법 제 59 조의 4(특별세액공제) 제 1 항 제 1 호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
② 제 1 항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

[예시안내]

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특약을 청약하기 전(2019년 1월 15일~2019년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019년6월1일~2019년12월31일) 납입된 보험료만 2019년 특별세액공제 대상이 됩니다.

③ 제 2 항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제 4 조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제 2 조(제출서류)제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제 1 조(특별약관의 적용범위) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

[예시안내]

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 제 4 조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제 1 조(특별약관의 적용범위) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제 2 조(제출서류) 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제 1 조(특별약관의 적용범위) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제 4 조 (전환 취소)

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

제 5 조 (준용규정)

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

단체실손의료보험 중지제도 특별약관

제 1 조(목 적)

이 특별약관은 단체실손의료보험(이하 '단체실손'이라 합니다)의 계약자(이하 '계약자'라 합니다), 해당 단체실손에 가입되어 있는 피보험자(이하 '피보험자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 단체실손을 중지하는 것을 목적으로 합니다.

[용어해설]
<단체실손의료보험>
단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 실손의료보험으로서 험업감독규정 제 7-49 조 제 2 호 각 목의 요건에 해당하는 단체보험을 말함

제 2 조(계약중지에 관한 사항)

① 계약중지 신청일 기준으로 다음의 각 호의 요건 중 하나가 충족되는 경우에는 해당 단체실손의 피보험자가 해당 단체실손의 보장종목 전체에 대해 보장의 중지(이하 '계약중지'라 합니다)를 신청할 수 있습니다.

1. 피보험자가 개인실손의료보험(이하 '개인실손'이라 합니다)의 피보험자인 경우
2. 피보험자가 해당 단체실손 이외의 단체실손의 피보험자인 경우

[용어해설]
<개인실손의료보험>
노후·유병력자·여행 실손의료보험 및 단체실손의료보험을 제외한 실손의료보험을 말함
<계약중지 신청일>
피보험자가 계약중지 신청을 회사에 접수한 날을 말함

② 제 1 항의 「해당 단체실손의 보장종목 전체」라 함은 피보험자가 가입한 급여 실손의료비 특별약관 및 비급여 실손의료비 특별약관의 보장종목 전체를 말하며 보장종목 중 일부를 선택하여 계약중지를 신청할 수는 없습니다.

③ 계약중지가 이루어진 경우 회사는 피보험자에게 「계약중지 확인서」를 드립니다. 단, 계약자와 회사가 별도로 약정한 경우 계약자가 피보험자를 대신하여 회사에 계약중지를 신청할 수 있으며, 이 경우 회사는 '계약중지 확인서'를 계약자에게 드릴 수 있고 이는 피보험자에게 드린 것으로 봅니다.

④ 계약중지는 피보험자의 계약중지 신청일부터 시작되고, 계약중지가 이루어진 경우 그 시점부터 회사는 계약중지 피보험자의 단체실손에 대해 보장하지 않습니다.

제 3 조(중지지급금의 산출과 지급)

① 이 특별약관에서 「중지지급금」이라 함은 단체실손을 중지한 경우 피보험자에게 지급하는 금액으로 중지한 단체실손의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산된 중지시점의 해약환급금을 말합니다.

② 계약중지가 이루어진 경우 회사는 계약중지가 이루어진 날로부터 3 영업일 이내에 「중지지급금」을 지급합니다. 다만, 보험료를 분할하여 납입하기로 계약을 체결한 경우에는 계약중지가 이루어졌더라도 중지된 계약에 대하여 계약자는 2 회이후의 보험료를 계속 납입하여야 하며, 회사는 마지막 분납회차 보험료 납입시점으로부터 3 영업일 이내에 「중지지급금」을 지급합니다.

③ 해당 지급기일내에 「중지지급금」을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율에서 정한 이율로 계산한 금액을 「중지지급금」에 더하여 지급합니다.

④ 중지지급금이 지급된 경우 회사는 다음의 각 호에 따른 사유가 발생하더라도 피보험자에게 지급한 중지지급금의 환수 및 계약자에게 보험료 환급을 진행하지 않습니다.

1. 중지지급금을 받은 이후 중도퇴사한 경우
2. 회원탈퇴 등 1 호에 준하는 사유

제 4 조(계약중지 신청의 취소)

① 피보험자는 「계약중지 확인서」를 받은 날로부터 15 일 이내에 계약중지 신청을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약중지 전 단체실손으로 환원해 주어야 합니다.

② 신청취소에 관한 기타 사항은 계약중지 전 급여 실손의료비 특별약관 및 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

③ 계약중지 신청과 계약중지 신청 취소는 계약중지 전 단체실손 보험기간 중 1 회에 한합니다.

제 5 조(계약중지 신청의 취소의 제한)

제 4 조(계약중지 신청의 취소) 제 1 항에도 불구하고, 피보험자는 회사로부터 「중지지급금」을 받은 경우 회사에 「중지지급금」을 환입하기 전까지 계약중지 신청의 취소가 제한됩니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 계약중지 전 단체실손의 보통약관, 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관, 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

【상해 및 질병관련 특별약관】
사망및고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 후유장해지급률이 ( )%를 초과하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

( )%이상고도후유장해발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 후유장해지급률이 ( )% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

( )%미만후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 후유장해지급률이 ( )% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

사망위험보장제외 특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다) 제 3 조(보험금의 지급사유) 및 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 정한 규정에도 불구하고 사망보험금을 이 특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

후유장해위험보장제외 특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다) 제 3 조(보험금의 지급사유) 및 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 정한 규정에도 불구하고 후유장해보험금을 이 특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무중상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 업무중(출·퇴근은 업무중으로 봅니다) 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 피보험자가 업무중(출·퇴근은 업무중으로 봅니다) 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금 (장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다

업무중상해사망및고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 업무중(출·퇴근은 업무중으로 봅니다) 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 피보험자가 업무중(출·퇴근은 업무중으로 봅니다) 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 후유장해지급률이 ( )%를 초과하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금 (장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다

업무외상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 업무외(출·퇴근은 업무외로 봅니다) 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 피보험자가 업무외(출·퇴근은 업무외로 봅니다) 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금 (장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다

레저활동중상해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 레저활동중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
2. 보험기간 중 피보험자가 레저활동중 상해로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항의 '레저활동중 상해'란 주민등록상에 기재된 주택을 이탈하여 업무이외의 활동을 하는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

③ 제2항의 업무라 함은 피보험자가 임금근로자(임시 및 일용직 포함) 및 자영업자인 경우 직업 및 직무에 종사하는 활동(출퇴근 포함)을 말하며, 학생의 경우 학업중 활동(등하교 포함)을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 손해에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

1. 임금근로자, 자영업자 또는 학생의 직업, 직무 또는 학업에 종사하는 활동중(출퇴근, 등하교 포함) 발생한 상해
2. 주택내에서 발생한 상해
3. 위 2호의 주택이라 함은 아파트, 연립주택, 다세대주택 및 단독주택을 말하며, 주택내라 함은 아파트의 경우 아파트 건물의 입구 안쪽공간, 기타주택의 경우는 주택의 부속물인 대문의 안쪽공간을 말합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴일상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 법정공휴일은 사고발생지의 관공서 공휴일에 관한 규정 및 국경일에 관한 법률, 근로자의 날 제정에 관한 법률에서 정한 휴일을 말합니다

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 1 호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호의 후유장해보험금의 경우 피보험자의 장해상태 판정일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다

휴일상해사망및고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률이 ( )%를 초과하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 법정공휴일은 사고발생지의 관공서 공휴일에 관한 규정 및 국경일에 관한 법률, 근로자의 날 제정에 관한 법률에서 정한 휴일을 말합니다

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 1 호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호의 고도후유장해보험금의 경우 피보험자의 장해상태 판정일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

신주말상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 금요일 오후(12 시에 시작하여 24 시까지), 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 금요일 오후(12 시에 시작하여 24 시까지), 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 법정공휴일 및 근로자의 날은 사고발생지의 관공서 공휴일에 관한 규정 및 국경일에 관한 법률, 근로자의 날 제정에 관한 법률에서 정한 휴일을 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 1 호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호의 후유장해보험금의 경우 피보험자의 장해상태 판정일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정여가활동중상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 다음 각 호의 상해에 입은 상해를 말합니다)의 직접결과로써 사망한 경우 : 사망보험금

   가. 다음에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠 시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설을 말합니다. 다만, 주택은 제외합니다. 이하 같습니다) 내에서 하는 동안, 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠 시설 내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동을 하는 동안

   - 테니스, 탁구, 배드민턴, 골프, 볼링, 수영, 에어로빅, 요가, 무용 및 이와 비슷한 운동

   나. 게이트볼(시합 또는 5 인 이상이 연습하는 경우에 한합니다)을 하는 동안

   다. 낚시(직업적인 물고기 잡이는 제외합니다)를 하는 동안

   라. 다음의 유료시설에 관객 또는 입장객으로 있는 동안. 다만, 대상이 되는 시설은 시설내에 관리인 이 있는 등 구체적으로 관리되고 있는 유료시설을 말하며 이 시설이 무료개방되는 경우에는 대상이 되지 않습니다.

   1) 영화관, 콘서트홀, 스포츠 관람시설, 극장, 연예장 등의 시설(영화, 음악, 스포츠, 연극, 연예 또는 구경거리를 감상, 관람하기 위한 시설을 말하며 유흥 접객업소는 제외합니다)

   2) 유원지, 레저랜드 또는 동물원, 식물원, 미술관, 박물관 기타 이와 유사한 시설

   마. 동반한 여행목적을 갖고 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주소지를 출발하여 당해 주소지에 도착할 때까지의 여행을 하는 동안, 다만, 업무출장 및 업무목적을 병행하고 있는 여행은 제외합니다.

2. 보험기간 중 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특수운동중상해위험보장 특별약관

제 1 조(적용범위)

이 특별약관은 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 특수운동을 하는 피보험자에 대하여 적용합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 활동을 하는 동안의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

2. 보험기간 중 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 활동을 하는 동안의 상해로 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특수운전중상해위험보장 특별약관

제 1 조(적용범위)

이 특별약관은 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 특수운전을 하는 피보험자에 대하여 적용합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전을 하는 동안의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전을 하는 동안의 상해로 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 다음 각 목의 상해의 직접결과로써 사망한 경우 : 사망보험금

   가. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해

   나. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해

   다. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

2. 보험기간 중 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일

2. 자동차(자동차 관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통상해사망및고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 다음 각목의 상해의 직접결과로써 사망한 경우 : 사망보험금

   가. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해

   나. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해

   다. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

2. 보험기간 중 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】)에서 정한 각 장해지급률이 ( )%를 초과하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(자동차 관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

고속도로교통상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 대한민국내의 고속도로상(휴게소 포함)의 교통사고(이하 "고속도로교통사고"라 합니다)로 인하여 생긴 상해에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우: 사망보험금
2. 보험기간 중에 피보험자가 대한민국내의 고속도로교통사고로 인하여 생긴 상해에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)로 장해분류표(<별표 1> 참조. 이하 같습니다)에서 정한 후유장해지급률이 ( )%에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금 (장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 고속도로교통사고라 함은 아래의 사고를 말합니다

1. 피보험자가 운행중의 교통승용구에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통승용구 (적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 승용구 의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해
2. 피보험자가 운행중의 교통승용구에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통승용구로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

③ 제 1 항의 교통승용구라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거.
2. 건설기계 및 농업기계 (다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통승용구로 보지 않습니다)

④ 제 1 항의 고속도로라 함은 고속국도법 제 2 조 제 2 항에서 정한 고속국도 및 민자고속도로(고속도로 건설에 소요되는 많은 자본을 정부재원으로 전적으로 충당하지 않고, 일정부분 민간사업자의 자본과 기술력을 투입하여 건설 및 운영되는 고속도로)를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차운전중교통사고상해위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 "자동차 운전중 교통사고"라 합니다.)로 인하여 생긴 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 "자동차 운전중 교통사고"라 합니다.)로 인하여 생긴 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 자동차중 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차를 말합니다.(단 이륜자동차는 제외합니다.)

③ 제 1 항에서 "자동차를 운전중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차동승중교통사고상해위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 운행중인 자동차를 운전을 하지 않고 탑승중(이하 "자동차 동승중"이라 합니다.)에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 "자동차 동승중 교통사고"라 합니다.)로 인하여 생긴 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 운행중인 자동차를 운전을 하지 않고 탑승중(이하 "자동차 동승중"이라 합니다.)에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 "자동차 동승중 교통사고"라 합니다.)로 인하여 생긴 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 자동차중 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차를 말합니다.(단 이륜자동차는 제외합니다.)

③ 제 1 항에서 "자동차를 운전"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차교통상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 각 목의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

   가. 피보험자가 운행중의 자동차에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 자동차(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해

   나. 피보험자가 운행중의 자동차에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해

   다. 도로 통행중의 피보험자가 자동차로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

2. 보험기간 중 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 자동차중 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하 「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9 종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴일교통상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 사고발생지의 표준시를 기준으로 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 다음 각 목의 상해의 직접결과로써 사망한 경우 : 사망보험금

   가. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해

   나. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해

   다. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

2. 보험기간 중에 사고발생지의 표준시를 기준으로 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일

2. 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계 및 농업기계 (다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

③ 제 1 항의 법정공휴일은 사고발생지의 관공서 공휴일에 관한 규정 및 국경일에 관한 법률, 근로자의 날 제정에 관한 법률에서 정한 휴일을 말합니다.

[관련법규]
<국경일에 관한 법률 제 2 조(국경일의 종류)>
국경일은 다음 각 호와 같다.
1. 3·1 절 : 3 월 1 일
2. 제헌절 : 7 월 17 일
3. 광복절 : 8 월 15 일
4. 개천절 : 10 월 3 일
5. 한글날 : 10 월 9 일

<근로자의 날 제정에 관한 법률>
5 월 1 일을 근로자의 날로 하고, 이 날을 「근로기준법」에 따른 유급휴일로 한다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 1 호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호의 후유장해보험금의 경우 피보험자의 장해상태 판정일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴일교통상해사망및고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 사고발생지의 표준시를 기준으로 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 다음 각 목의 상해의 직접결과로써 사망한 경우 : 사망보험금

   가. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해

   나. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해

다. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

2. 보험기간 중에 사고발생지의 표준시를 기준으로 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】)에서 정한 각 장해지급률이 ( ) %를 초과하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계 및 농업기계 (다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

③ 제 1 항의 법정공휴일은 사고발생지의 관공서 공휴일에 관한 규정 및 국경일에 관한 법률, 근로자의 날 제정에 관한 법률에서 정한 휴일을 말합니다.

[관련법규]
<국경일에 관한 법률 제 2 조(국경일의 종류)>
국경일은 다음 각 호와 같다.
1. 3·1 절 : 3 월 1 일
2. 제헌절 : 7 월 17 일
3. 광복절 : 8 월 15 일
4. 개천절 : 10 월 3 일
5. 한글날 : 10 월 9 일

<근로자의 날 제정에 관한 법률>
5 월 1 일을 근로자의 날로 하고, 이 날을 「근로기준법」에 따른 유급휴일로 한다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 1 호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호의 후유장해보험금의 경우 피보험자의 장해상태 판정일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

신주말교통상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 금요일 오후(12 시에 시작하여 24 시까지), 토요일, 법정공휴일(일요일 포함) 또는 근로자의 날에 다음 각 목의 사고로 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우 : 사망보험금

   가. 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함)와의 충돌, 접촉 또는 이들 수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

   나. 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고

2. 보험기간 중에 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 금요일 오후(12 시에 시작하여 24 시까지), 토요일, 법정공휴일(일요일 포함) 또는 근로자의 날에 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 제 1 항에 정한 신주말교통사고에서 제외합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승하고 있는 동안
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

※용 어 풀 이※

교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

㉠ 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일

㉡ 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거

㉢ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)

㉣ 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 경우는 교통 수단으로 보지 않습니다)

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 1 호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호의 후유장해보험금의 경우 피보험자의 장해상태 판정일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대중교통이용중상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 승객으로서 대중교통수단을 이용하던 중에 다음 각 목의 사고로 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우 : 사망보험금

   가. 운행 중 대중교통수단에 피보험자가 탑승 중에 일어난 교통사고

   나. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 일어난 교통사고

   다. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기 중 일어난 교통사고

2. 보험기간 중에 승객으로서 대중교통수단을 이용하던 중에 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 대중교통수단이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.

1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
3. 여객자동차운수사업법시행령 제 3 조(여객자동차운송사업의 종류)에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
4. 여객자동차운수사업법시행령 제 3 조(여객자동차운송사업의 종류)에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
5. 여객수송용 선박

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

전세버스이용중상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 승객으로서 전세버스를 이용하던 중에 발생한 사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금(보험증권에 기재된 보험가입금액)
2. 보험기간 중 제 1 호의 상해로 장해분류표(<별표 1> 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항 제 1 호의 “전세버스를 이용하던 중에 발생한 사고”라 함은 다음의 각 호와 같습니다.

1. 운행중 전세버스에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
2. 전세버스에 피보험자가 탑승목적으로 승. 하차 하던중 일어난 교통사고
3. 전세버스의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고

③ 제 2 항의 “전세버스”이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.

1. 여객자동차운수사업법 시행령 제 3 조에서 규정한 전세버스

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
2. 하역작업을 하는 동안
3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뺑소니·무보험차상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 대한민국내에서 뺑소니사고 또는 무보험자동차에 의한 사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 대한민국내에서 뺑소니사고 또는 무보험자동차에 의한 사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 뺑소니라 함은 피보험자가 보유불명의 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰관서에 뺑소니사고로 신고되어 자동차손해배상보장법상의 보유불명자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.

③ 제 1 항의 무보험자동차에 의한 사고라 함은 피보험자가 자동차손해배상보장법상의 대인배상 I (책임보험)을 제외한 자동차보험(공제를 포함합니다)의 대인배상 II (책임보험초과손해)에 가입되지 않은 자동차에 의해 상해를 입음으로써 손해배상청구권이 발생되는 경우를 말합니다. 다만, 가해자동차가 2 대 이상인 경우에는 그 전부가 무보험자동차일 때에 한합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운행하던 중 발생한 사고의 경우에도 보상하여 드리지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

철도/지하철/항공기교통상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 철도, 항공기 및 지하철 사고로 입은 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

신체부위별후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 상해로 아래의 “신체특정부위” 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 특정부의에 후유장해장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에 기재된 특정부위에 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

※ 신체특정부위 ※

( ) 눈의 장해 및 외모추상장해

( ) 귀의 장해 및 외모추상장해

( ) 입의 기능장해

( ) 외모 추상장해

( ) 팔(손/손가락)장해

( ) 다리(발/발가락)장해

( ) 팔(손/손가락) 및 다리(발/발가락) 장해

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 다음 각 목의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

   가. 자전거에 탑승(운전중 포함)하고 있는 피보험자에게 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고

   나. 자전거에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 운행중의 자전거와 충돌·접촉(적재물을 포함합니다)에 의해 발생한 사고

2. 보험기간 중 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 자전거라 함은 자전거이용 활성화에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 1 호에서 정한 자전거를 말합니다. (동법 제 2 조 제 1 의 2 에서 정한 전기자전거는 제외합니다.)

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업 또는 직무로 자전거를 이용하는 동안 및 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 산악자전거(MTB) 활동 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 자전거에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다.)

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화재/폭발/붕괴사고상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 다음 각 목의 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

   가. 화재(벼락을 포함합니다. 이하 같습니다),폭발 및 파열사고의 직접 결과로써 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

   나. 건물 및 건축구조물(건축중인 것을 포함합니다) 붕괴·침강 또는 사태 사고의 직접결과로써 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

2. 보험기간 중 제 1 호의 상해로 장해분류표(<별표 1> 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(보상하지 않는 손해)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 상해로 인한 손해에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

1. 운행중인 자동차의 화재, 폭발, 파열사고로 입은 신체상해
2. 화재사고가 아닌 사유로 신체에 입은 화상

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항 및 상해손해 보장조항을 따릅니다.

<용어풀이>

○ 건물 및 건축구조물의 붕괴. 침강 또는 사태란 다음의 경우를 말합니다.

㉠ 붕괴란 폭발, 파열, 화재 등의 외력이 아닌 통상적 용도에 따라 건물 또는 건축구조물을 사용할 때에 그 자체의 내부결함이나 부식 또는 침식 등으로 그 전부나 일부가 갑자기 무너져 내리는 것을 말함. 단, 균열 또는 파손에 의해 일부가 떨어지는 것은 붕괴로 보지 아니합니다.

㉡ 침강이란 폭발, 파열, 화재 등의 외력이 아닌 통상적 용도에 따라 건물 또는 건축구조물을 사용할 때에 그 자체의 내부결함이나 부식 또는 침식 등으로 그 전부나 일부가 갑자기 내려앉는 것을 의미합니다.

㉢ 사태란 비로 말미암아 산이나 언덕의 토사가 한꺼번에 무너져 내리는 것을 의미합니다.

학교생활중상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 학교생활중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 학교생활중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 “학교생활중”이란 아래의 경우를 말합니다.

1. 학교수업중(정규의 교육활동외에 기타 학교가 행하는 모든 특별활동을 포함합니다)
2. 학교수업외, 기타 통상적인 학교활동을 위해 학교에 있는 동안
3. 특별교육행사 참가중(반드시 학교 교직원의 인솔이 있어야 합니다)
4. 통상적인 경로를 통하여 하는 등하교중

제 2 조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서의 피보험자는 각종 교육법(초·중등교육법, 고등 교육법), 유아교육진흥법, 영유아보육법, 학원의 설립 및 운영에 관한 법률 및 관계법령에 의해 설립된 학교 및 보육시설(이하 “학교”라 합니다)에 재학하는 학생(이하 “학생”이라 합니다)으로 합니다.

② 이 계약이 성립된 후 학교의 학생으로서 자격을 상실한 때부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

학교생활외상해보장(Ⅰ) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 학교생활외에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 학교생활외에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 “학교생활외”이란 아래의 경우를 제외한 모든 생활을 말합니다.

1. 피보험자가 재학중인 학교수업중(정규의 교육활동외에 기타 학교가 행하는 모든 특별활동을 포함합니다)
2. 피보험자가 재학중인 학교수업외, 기타 통상적인 학교활동을 위해 학교에 있는 동안
3. 피보험자가 재학중인 학교의 특별교육행사 참가중(반드시 학교 교직원의 인솔이 있어야 합니다)
4. 피보험자가 재학중인 학교에 통상적인 경로를 통하여 하는 등하교중

제 2 조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서의 피보험자는 각종 교육법(초·중등교육법, 고등교육법), 유아교육진흥법, 영유아보육법, 학원의 설립 및 운영에 관한 법률 및 관계법령에 의해 설립된 학교 및 보육시설(이하 “학교”라 합니다)에 재학하는 학생(이하 “학생”이라 합니다)으로 합니다.

② 이 계약이 성립된 후 학교의 학생으로서 자격을 상실한 때부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다

사립학교교직원상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의

제 3 조(피보험자의 범위)

제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항에서 피보험자란 사립학교 교직원으로서 사립학교법에 의하여 임명된 교원과 사무직원을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다

일부상해위험부보장 추가특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 피보험자가 사립학교 교직원 상해보장 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.) 제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

교통카드회원상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 국내에서 교통수단의 승객으로 탑승하고 있는 동안 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 국내에서 교통수단의 승객으로 탑승하고 있는 동안 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 탑승하고 있는 동안이라 함은 피보험자가 운행중의 교통수단에 승객으로서 승차하고 있거나 승·하차시를 말하며 교통수단에 승차하여 직접 운전을 하고 있는 동안을 제외합니다.

제 2 조(피보험자의 범위)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 “피보험자”란 교통카드회원으로 등록된 유효한 자격이 있는 자를 말합니다.

② 교통카드란 충전하여 반복사용이 가능한 직불카드(debit card)의 일종으로서 대중교통승용 구의 요금지불수단으로 이용되는 카드를 말합니다.

제 3 조(교통수단의 범위)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 교통수단이라 함은 여객자동차운수 사업법에서 정한 시내버스, 시외버스(고속버스를 포함합니다), 농어촌버스와 일반택시, 개인택시 운송사업에 사용된 자동차 및 여객수송에 사용된 지하철 및 열차를 말합니다.

② 회사는 제 1 조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 교통수단의 범위를 아래의 교통수단 중 보험 가입증서(보험증권)에 기재된 어느 하나로 한정하여 적용할 수 있습니다.

1. 여객자동차운수사업법에서 정한 시내버스
2. 여객수송용 지하철(전철포함)
3. 위 제 1 호 및 제 2 호의 교통수단

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항공기탑승중상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 항공기사고로 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중에 항공기사고로 상해로 장해분류표(**【**별표 1**】**. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(용어의 정의)

제 1 조(보험금의 지급사유)의 “항공기사고”라 함은 항공기 탑승중의 사고, 비행장구내에서의 사고 및 피보험자가 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지의 항공운송업자가 제공하는 항공기에 탑승중 발생한 사고를 말합니다. 여기서, 비행장 구내란 비행기 탑승시 각 항공사의 개찰구 안쪽을 말합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 항공기에 탑승

2. 항공기 안에서의 하역작업 또는 항공기의 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항공기 1 회탑승당상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 항공기사고로 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중에 항공기사고로 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(용어의 정의)

제 1 조(보험금의 지급사유)의 "항공기사고"라 함은 항공기 탑승중의 사고, 비행장구내에서의 사고 및 피보험자가 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지의 항공운송업자가 제공하는 항공기에 탑승중 발생한 사고를 말합니다. 여기서, 비행장 구내란 비행기 탑승시 각 항공사의 개찰구 안쪽을 말합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 항공기에 탑승
2. 항공기 안에서의 하역작업 또는 항공기의 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

국내전용신용카드회원항공기탑승중상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 국내전용신용카드회원의 자격기간 동안 승객으로서 항공기에 탑승중에 입은 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 국내전용신용카드회원의 자격기간 동안 승객으로서 항공기에 탑승중에 입은 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 회사는 피보험자가 승객으로서 항공운송사업자가 노선을 정하여 운행하는 항공기에 탑승할 경우 제 1 항 외에 다음의 상해로 인한 사망 및 후유장해에 대하여도 보상하여 드립니다.

1. 비행장 구내에서의 상해
2. 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지 계속해서 항공운송 사업자가 제공하는 교통수단에 탑승중의 상해

③ 위 제 1 항 및 제 2 항은 당해 항공기의 탑승요금이 국내전용신용카드에 의해 지급된 경우에만 적용합니다.

제 2 조(보험료의 정산)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 계약체결과 동시에 계약일 현재의 국내전용신용카드회원수(개인회원과 법인회원을 말합니다. 이하 같습니다)에 해당하는 보험료를 예치보험료로 납입하여야 합니다.
2. 계약자는 매월 10 일까지 전월말 현재 유효한 국내전용신용카드회원수에 관한 서류를 회사에 제출해야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일 까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출해야 합니다.
3. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
4. 회사는 보험기간만료와 동시에 제 2 호에 의한 월간 평균 국내전용신용카드회원수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산 합니다. 그러나 이 확정보험료는 예치보험료의 2/3 를 밑돌 수 없습니다.

제 3 조(보험가입금액)

① 피보험자의 보험가입금액은 피보험자가 소지한 국내전용신용카드의 회원성격에 따라 다음과 같으며 위험의 정도에 따라 ( )계좌를 한도로 계약을 인수합니다.

1 계좌당 보험가입금액

(단위: 원)

보험가입금액 / 구 분	사망·후유장해
개인회원(법인회원 포함)	10,000,000
가족회원	6,600,000

② 다수의 국내전용신용카드를 소지한 피보험자가 다수의 국내전용신용카드로 항공기의 탑승요금을 지급한 경우에는 ( ) 계좌를 한도로 보상하여 드립니다.

제 4 조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

① 법인공용회원보장 추가특별약관

제 1 조(적용범위)

이 추가특별약관은 국내전용신용카드발행회사가 발급한 법인 명의의 공용카드를 사용할 수 있는 해당 법인체의 대표자(임원포함) 및 그 종업원을 피보험자로 하는 경우에 적용합니다.

제 2 조(피보험자수의 산정)

이 추가특별약관에 따라 적용받는 피보험자수는 아래와 같이 산정합니다.

1. 법인공용카드 피보험자수 (D) = $\frac{B \times C}{A}$ (A:B = C:D)

   여기서 A = 국내전용신용카드에 의한 항공기운임 매출액 - B

   B = 법인명의의 공용카드에 의한 항공기운임 매출액

   C = 국내전용신용카드 회원수 - 법인명의 공용카드 회원수

   D = 법인공용카드 피보험자수

2. 항공기운임 매출액은 계약자가 전산장표로 출력하여 회사로 통보하는 것으로 항공사별, 적용카드별(개인카드, 법인개별카드, 법인공동카드)로 구분되어 있는 항공기 운임매출액을 의미합니다.

제 3 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 국내전용신용카드회원 항공기탑승중 상해보장 특별약관을 따릅니다.

국제신용카드회원항공기탑승중상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 국제신용카드회원의 자격기간 동안 승객으로서 항공기에 탑승중에 입은 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 국제신용카드회원의 자격기간 동안 승객으로서 항공기에 탑승중에 입은 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 회사는 피보험자가 승객으로서 항공운송사업자가 노선을 정하여 운행하는 항공기에 탑승할 경우 제 1 항 외에 다음의 상해로 인한 사망 및 후유장해에 대하여도 보상하여 드립니다.

1. 비행장 구내에서의 상해
2. 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지 계속해서 항공운송 사업자가 제공하는 교통수단에 탑승중의 상해

③ 위 제 1 항 및 제 2 항은 당해 항공기의 탑승요금이 국제신용카드에 의해 지급된 경우에만 적용합니다.

제 2 조(보험료의 정산)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 계약체결과 동시에 계약일 현재의 국제신용카드회원수(개인회원과 법인회원을 말 합니다. 이하 같습니다)에 해당하는 보험료를 예치보험료로 납입하여야 합니다.
2. 계약자는 매월 10 일까지 전월말 현재 유효한 국제신용카드회원수에 관한 서류를 회사에 제출해야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일 까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출 해야 합니다.
3. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.

4. 회사는 보험기간만료와 동시에 위 제 2 호에 의한 월간 평균 국제카드회원수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다. 그러나 이 확정보험료는 예치보험료의 2/3 를 밑돌 수 없습니다.

제 3 조(보험가입금액)

① 피보험자의 보험가입금액은 피보험자가 소지한 국제신용카드의 회원성격에 따라 다음과 같으며 위험의 정도에 따라 ( )계좌를 한도로 계약을 인수합니다.

1 계좌당 보험가입금액

(단위: 원)

구 분 \ 보험가입금액	사망·후유장해
개인회원(법인회원 포함)	10,000,000
가족회원	6,600,000

② 다수의 국제신용카드를 소지한 피보험자가 다수의 국제신용카드로 항공기의 탑승요금을 지급한 경우에는 ( ) 계좌를 한도로 보상하여 드립니다.

제 4 조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

1. 국제신용카드 : 국제적가맹점에 대하여 통용(결제) 될 수 있는 카드를 발급하는 회사(이하 「국제신용카드 발행 회사」라 합니다)가 정해진 수속을 거쳐 발행, 대여하는 국제신용 카드를 말합니다.
2. 국제신용카드 회원 : 국제신용카드발행회사가 회원자격을 수여하고 국제신용카드를 대여한 자로, 공여되는 형태에 따라 개인회원, 가족회원 및 법인회원으로 구분되는 자를 말합니다.
3. 피보험자 : 국제신용카드발행회사의 회원으로 합니다. 다만, 법인회원인 경우는 당해 카드의 사용자로서 명의가 등록된 자로 합니다.
4. 회원의 자격기간 : 회원의 자격기간은 국제신용카드회사가 국제신용카드회원으로서 입회를 승인한 날의 다음날 오전 0 시부터, 다음과 같은 사실이 발생한 날의 오후 12 시까지로 합니다.
5. 국제신용카드회사가 회원으로서 부당하다고 판단한 경우 : 국제신용카드회사가 당해 회원에게 회원자격을 취소하겠다는 통지를 발송한 날
6. 회원이 국제신용카드회사를 탈퇴하는 경우 : 정해진 신고용지에 의해 신고하고 그것을 국제신용카드회사가 수령한 날

① 법인공용회원보장 추가특별약관

제 1 조(적용범위)

이 추가특별약관은 국제신용카드회원보장 특별약관(이하 “특별약관” 이라 합니다)의 용어풀이 3. 의 피보험자의 범위에도 불구하고, 국제신용카드 발행회사가 발급한 법인명의의 공용카드를 사용할 수 있는 해당 법인체의 대표자(임원포함) 및 그 종업원을 피보험자로 하는 경우에 적용합니다.

제 2 조(피보험자수의 산정)

이 추가특별약관에 따라 적용받는 피보험자수는 아래와 같이 산정합니다.

1. 법인공용카드 피보험자수 (D) = $\frac{B \times C}{A}$ (A:B = C:D)

   여기서 A = 국제신용카드에 의한 항공기운임 매출액 - B

   B = 법인명의의 공용카드에 의한 항공기운임 매출액

   C = 국제신용카드 회원수 - 법인명의 공용카드 회원수

   D = 법인공용카드 피보험자수

2. 항공기운임 매출액은 계약자가 전산장표로 출력하여 회사로 통보하는 것으로 항공사별, 적용카드별(개인카드, 법인개별카드, 법인공동카드)로 구분되어 있는 항공기 운임매출액을 의미합니다.

제 3 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 국제신용카드회원보장 특별약관을 따릅니다.

강도상해사망·후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 강도에 의한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 강도에 의한 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 강도는 폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제 3 자로 하여금 이를 취득하게 한 자를 말하며, 강도에 대한 구체적인 정의는 형법 제 333 조(강도) 내지 제 336 조(인질강도)를 따르며, 이에 따른 사고는 형법 제 337 조(강도상해치상) 내지 제 339 조(강도강간)에 의합니다.

③ 제 1 항의 강도에 의한 상해사고의 입증여부는 경찰신고서류, 경찰 또는 검찰 조사기록 등 관련자료에 따릅니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 않고 아래와 같은 사유로 생긴 상해에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인, 감수인 또는 보험수익자가 저지르거나 가담한 강도상해
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 중에 생긴 강도상해
3. 형법 제 340 조(해상강도)의 해상강도상해
4. 피보험자의 의수, 의족, 의치 및 이와 유사한 신체보조장구에 입은 강도상해
5. 타인을 위한 보험계약에서 보험계약자의 고의

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

CD/ATM 강도상해사망·후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 CD/ATM 이용후 3 시간 이내에 강도에 의한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 피보험자가 CD/ATM 이용후 3 시간 이내에 강도에 의한 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 CD/ATM 이라함은 현금의 입출금 및 통장기장·잔고조회 등의 은행창구업무를 대신하는 현금자동지급기(CD)나 현금자동입출금기(ATM)를 말합니다.

③ 제 1 항의 상해에는 강도의 강제력에 의해 유독가스 또는 유독물질을 일시에 흡입,흡수 또는섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다.

④ 제 1 항의 강도는 폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제 3 자로 하여금 이를 취득하게 한 자를 말하며, 강도에 대한 구체적인 정의는 형법 제 333 조(강도) 내지 제 336 조(인질강도)를 따르며, 이에 따른 사고는 형법 제 337 조(강도상해치상) 내지 제 339 조(강도강간)에 의합니다.

⑤ 제 1 항의 강도에 의한 상해사고의 입증여부는 경찰신고서류, 경찰 또는 검찰 조사기록 등 관련자료에 따릅니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 않고 아래와 같은 사유로 생긴 상해에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인, 감수인 또는 보험수익자가 저지르거나 가담한 강도상해
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 중에 생긴 강도상해
3. 형법 제 340 조(해상강도)의 해상강도상해
4. 피보험자의 의수, 의족, 의치 및 이와 유사한 신체보조장구에 입은 강도상해
5. 타인을 위한 보험계약에서 보험계약자의 고의

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

종교활동중상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 종교활동 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 종교활동 중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 "종교활동 중" 이라 함은 아래 기간 동안을 말합니다.

1. 종교시설·장소에서 정기적인 종교활동 수행 및 관리활동 등을 행하는 동안
2. 피보험자가 정기적인 종교활동을 목적으로 거주지를 출발하여 종교활동을 마치고 거주지에 도착할때까지 이동하는 동안
3. 종교단체에서 주최하는 공식적인 종교관련 집회 또는 모임에 직접 참여하는 동안, 또는 참여를 위해 이동·귀가하는 동안
4. 종교활동 후 타 장소로 이동하거나, 거주지나 그 외 종교적 장소가 아닌 곳에서의 종교활동 및 종교활동을 직업·직무로 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화재상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 화재사고(벼락, 폭발·파열 포함)로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 화재사고(벼락, 폭발·파열 포함)로 인한 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 "화재사고로 인한 상해"라 함은 다음의 경우를 말합니다.

1. 피보험자가 화재사고의 직접결과로써 입은 급격하고도 우연한 외래의 신체상해
2. 피보험자가 폭발·파열사고의 직접결과로써 입은 급격하고도 우연한 외래의 신체상해

③ 제 2 항의 "화재사고로 인한 상해" 중 아래의 경우는 "화재사고로 인한 상해"로 보지 않습니다.

1. 운행중인 자동차의 화재, 폭발·파열사고로 입은 신체상해
2. 화재사고가 아닌 사유로 신체에 입은 화상

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스포츠단체상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 단체 (이하 "단체" 라 합니다)의 관리하에 행하는 운동경기(연습 및 운동경기를 하기 위해 교통승용 구에 탑승중을 포함합니다. 이하 같습니다) 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 단체 (이하 "단체" 라 합니다)의 관리하에 행하는 운동경기(연습 및 운동경기를 하기 위해 교통승용 구에 탑승중을 포함합니다. 이하 같습니다) 중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(운동경기의 종목)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 정한 운동경기의 종목은 아래와 같습니다.

1. 위험이 큰 운동경기종목 : 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 이와 유사한 운동경기
2. 위험이 다소 많은 운동경기종목 : 등산, 스키, 하키, 마술, 럭비, 축구, 경식야구, 유도, 핸드볼, 농구, 체조 및 이와 유사한 운동경기
3. 위험이 작은 운동경기종목 : 검도, 펜싱, 사이클, 스케이트, 탁구, 정구, 수구, 연식야구, 사격, 배구, 보트, 요트, 육상경기, 역도, 배드민턴, 골프, 궁도 및 이와 유사한 운동경기

제 3 조(보험가입금액)

① 피보험자의 가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 4 조(피보험자의 추가 및 감소 또는 교체)

① 계약을 맺은 후 피보험자를 추가, 감소 또는 교체하고자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 해당 피보험자의 성명 ·연령·성별 및 운동경기 종목 등을 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.

② 보험기간 중 피보험자 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 추가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 하고, 이로 인하여 발생 되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다. 그러나 피보험자의 감소 후의 피보험자 수가 20 인 미만인 경우 이 계약은 해지되는 것으로 합니다.

③ 회사는 계약자 또는 피보험자가 제 1 항 및 제 2 항을 위반하였을 경우에 새로이 추가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

④ 제 1 항에 따라 피보험자가 추가 또는 교체되는 경우에는 피보험자 추가 또는 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입되며, 피보험자 추가 또는 교체시점부터 잔여 보험기간(피보험자 추가 또는 교체전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상하여 드립니다.

제 5 조(운동경기 종목의 변경)

보험기간 중에 피보험자가 운동경기 종목을 변경하고자 하는 경우 제 4 조(피보험자의 추가 및 감소 또는 교체) 제 1 항에서 정하는 바를 준용합니다.

제 6 조(적용상의 특칙)

① 이 특별약관은 피보험자수가 20 인 이상인 단체에 한합니다.

② 계약자는 단체의 대표로 하고, 회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 7 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

프로및아마츄어스포츠단체상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 프로 및 아마츄어 스포츠단체(이하 “단체” 라 합니다.)의 관리하에 행하는 운동경기(연습 및 운동 경기를 하기 위해 교통수단에 탑승 중을 포함합니다. 이하 같습니다.)중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 프로 및 아마츄어 스포츠단체(이하 “단체” 라 합니다.)의 관리하에 행하는 운동경기(연습 및 운동 경기를 하기 위해 교통수단에 탑승 중을 포함합니다. 이하 같습니다.)중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 위 제 1 항의 단체의 “관리하”란 아래의 경우를 말합니다.

1. 단체의 관리하에 참여하거나 진행하는 정규경기 또는 연습경기 중 (훈련활동을 포함)

2. 위 제 1 호의 활동 시작전 또는 종료후에 단체 활동장소에 있는 중
3. 위 제 1 호의 활동을 위해 단체가 지정된 장소와 피보험자 주소지와의 통상적인 경로의 왕복 중

제 2 조(운동경기의 종목)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 정한 운동경기의 종목은 아래와 같습니다.

1. 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 이와 유사한 운동경기
2. 등산, 스키, 하키, 마술, 럭비, 축구, 경식야구, 유도, 핸드볼, 농구, 체조 및 이와 유사 한 운동경기
3. 검도, 펜싱, 사이클, 스케이트, 탁구, 정구, 수구, 연식야구, 사격, 배구, 보트, 요트, 육상경기, 역도, 배드민턴, 골프, 궁도 및 이와 유사한 운동경기

제 3 조(보험가입금액)

① 피보험자의 가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 4 조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 프로연맹 또는 아마츄어경기연맹(협회 포함)에 등록된 선수에 한합니다.

제 5 조(피보험자의 추가 및 감소 또는 교체)

① 계약을 맺은 후 피보험자를 추가, 감소 또는 교체하고자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 해당 피보험자의 성명 ·연령·성별 및 운동경기 종목 등을 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.

② 보험기간 중 피보험자 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 추가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 하고, 이로 인하여 발생 되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다. 그러나 피보험자의 감소 후의 피보험자 수가 20 인 미만인 경우 이 계약은 해지되는 것으로 합니다.

③ 회사는 계약자 또는 피보험자가 제 1 항 및 제 2 항을 위반하였을 경우에 새로이 추가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

④ 제 1 항에 따라 피보험자가 추가 또는 교체되는 경우에는 피보험자 추가 또는 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입되며, 피보험자 추가 또는 교체시점부터 잔여 보험기간(피보험자 추가 또는 교체전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상하여 드립니다.

제 6 조(운동경기 종목의 변경)

보험기간 중에 피보험자가 운동경기 종목을 변경하고자 하는 경우 제 4 조(피보험자의 범위) 제 1 항에서 정하는 바를 준용합니다.

제 7 조(적용상의 특칙)

① 이 특별약관은 피보험자 수가 20 인 이상인 단체에 한합니다.

② 계약자는 단체의 대표로 하고, 회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 8 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스포츠활동중상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

② 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 다음 각 목의 스포츠 중 보험증권에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설을 말함. 다만, 주택은 제외함)내에서 하는 동안 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠시설내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

   가. 위험이 큰 운동경기종목 : 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 유사한 운동경기

   나. 위험이 다소 많은 운동경기종목 : 등산, 스키, 하키, 마술, 럭비, 축구, 경식야구, 유도, 핸드볼, 농구, 체조 및 이와 유사한 운동경기

   다. 위험이 작은 운동경기종목 : 검도, 펜싱, 사이클, 스케이트, 탁구, 정구, 수구, 연식야구, 사격, 배구, 보트, 요트, 육상경기, 역도, 배드민턴, 골프, 궁도 및 이와 유사한 운동경기

2. 보험기간 중 제 1 호의 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설을 말함. 다만, 주택은 제외함)내에서 하는 동안 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠시설내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 보험증권에 기재된 운동경기종목의 경우 보험증권에 기재된 운동경기종목보다 위험도가 낮은 운동경기종목을 포함합니다.

※ 보장범위 예시 ※
보험증권상 기재된 운동경기: 나. 위험이 다소 많은 운동경기종목
⇒ 보장범위: 나. 위험이 다소 많은 운동경기종목, 다. 위험이 작은 운동경기종목
⇒ 보장제외: 가. 위험이 큰 운동경기종목

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스포츠활동중상해입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 다음 각 목의 스포츠 중 보험증권에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기위한 설비가 있는 병용시설을 말함. 다만, 주택은 제외함)내에서 하는 동안 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠시설 내에서 착.탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 ( )일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에 ( )일째 입원일로부터 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.

가. 위험이 큰 운동경기종목 : 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 유사한 운동경기

나. 위험이 다소 많은 운동경기종목 : 등산, 스키, 하키, 마술, 럭비, 축구, 경식야구, 유도, 핸드볼, 농구, 체조 및 이와 유사한 운동경기

다. 위험이 적은 운동경기종목 : 검도, 펜싱, 사이클, 스케이트, 탁구, 정구, 수구, 연식야구, 사격, 배구, 보트, 요트, 육상경기, 역도, 배드민턴, 골프, 궁도 및 이와 유사한 운동경기

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 180 일을 한도로 제 1 항의 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

④ 제 1 항의 보험증권에 기재된 운동경기종목의 경우 보험증권에 기재된 운동경기종목보다 위험도가 낮은 운동경기종목을 포함합니다.

※ 보장범위 예시 ※
보험증권상 기재된 운동경기: 나. 위험이 다소 많은 운동경기종목
⇒ 보장범위: 나. 위험이 다소 많은 운동경기종목, 다. 위험이 작은 운동경기종목
⇒ 보장제외: 가. 위험이 큰 운동경기종목

제 2 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

⊙ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

스포츠활동중골절수술보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 다음 각 목의 스포츠 중 보험증권에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기위한 설비가 있는 병용시설을 말함. 다만, 주택은 제외함)내에서 하는 동안 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠시설 내에서 착.탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안에 상해로 골절분류표(【별표 14】 참조)에 정한 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에 수술 1 회당 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절수술을 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다.

가. 위험이 큰 운동경기종목 : 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 유사한 운동경기

나. 위험이 다소 많은 운동경기종목 : 등산, 스키, 하키, 마술, 럭비, 축구, 경식야구, 유도, 핸드볼, 농구, 체조 및 이와 유사한 운동경기

다. 위험이 적은 운동경기종목 : 검도, 펜싱, 사이클, 스케이트, 탁구, 정구, 수구, 연식야구, 사격, 배구, 보트, 요트, 육상경기, 역도, 배드민턴, 골프, 궁도 및 이와 유사한 운동경기

② 제 1 항에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에

정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제 1 항의 보험증권에 기재된 운동경기종목의 경우 보험증권에 기재된 운동경기종목보다 위험도가 낮은 운동경기종목을 포함합니다.

※ 보장범위 예시 ※

보험증권상 기재된 운동경기: 나. 위험이 다소 많은 운동경기종목

⇒ 보장범위: 나. 위험이 다소 많은 운동경기종목, 다. 위험이 작은 운동경기종목

⇒ 보장제외: 가. 위험이 큰 운동경기종목

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

노동조합활동중상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 노동조합 활동중(전임임원인 경우 출·퇴근을 포함합니다)에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 노동조합 활동중(전임임원인 경우 출·퇴근을 포함합니다)에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항에서 말하는 노동조합 활동중이란 아래의 활동을 말합니다.

1. 조합활동 종사중, 조합행사 참가중
2. 조합활동, 행사 참가를 위한 왕복 도중
3. 노동쟁의 조정법상의 합법적인 쟁의활동 중

제 2 조(피보험자의 범위)

피보험자는 전임 및 비전임을 묻지 않고 당해 노동조합의 정부 위원장, 집행위원, 각분회위원장, 대의원을 말합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)외에 아래의 상해로 인하여 생긴 손해에 대하여도 보상하여 드리지 않습니다

1. 피보험자의 노동쟁의 활동중 폭력이나 파괴행위로 입은 상해(다만, 노동조합법 및 노동 관계조정법 제 4 조(정당행위)의 정당행위인 경우에는 그러하지 않습니다)

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

방송국출연진단체상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 방송국 관리하에 행하는 촬영활동(이하 "촬영활동" 이라 합니다)중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 방송국 관리하에 행하는 촬영활동(이하 "촬영활동" 이라 합니다)중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 "방송국의 관리하"란 아래의 경우를 말합니다.

1. 촬영활동(예행연습을 포함합니다) 중
2. 촬영활동 시작전 또는 종료후에 촬영장소에 있는 중
3. 촬영활동을 위해 방송국이 지정한 장소와 피보험자 주소지와의 통상적인 경로 왕복도중

제 2 조(피보험자의 범위)

① 피보험자는 촬영활동에 있어서 역할을 담당하는 모든 사람으로 합니다.

② 제 1 항에 있어서 어떠한 경우라도 회사가 객관적으로 확인할 수 있는 촬영활동계획이나 촬영활동 상황과 함께 급여명부에 기재된 사람으로 한합니다.

제 3 조(보험가입금액)

① 피보험자의 가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 4 조(피보험자의 명부)

① 계약자는 항상 피보험자명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

② 계약자가 정당한 이유없이 제 1 항의 열람을 거부할 때에는 회사는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조(예치보험료)

예치보험료는 계약체결일 이전 1 개월 동안 1 일 평균인원수에 정해진 보험 요율을 적용하여 계산합니다.

제 6 조(보험료의 정산)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10 일까지 전월말까지의 피보험자수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니 다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출해야 합니다.
2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 제 1 항에 의한 월간평균 피보험자수에 따라 산출된 확정 보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제 7 조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 8 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차경기단체상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 계약자의 관리하에 행하는 자동차 또는 모터싸이클 경기활동(이하 “자동차 경기활동” 이라 합니다) 중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 계약자의 관리하에 행하는 자동차 또는 모터싸이클 경기활동(이하 “자동차 경기활동” 이라 합니다) 중 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 자동차 경기활동이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 계약자가 주관하는 자동차경기가 열리는 자동차경기장에 입장하여 출장할 때까지의 활동 (경기를 포함합니다)
2. 계약자가 주관하는 자동차경기에 참가할 목적으로 연습주행을 하는 동안
3. 자동차경기 참가 면허취득을 위해 계약자가 주관하는 교육을 받는 동안

제 2 조(피보험자의 범위)

피보험자는 자동차경기에 참여하는 선수, 선수보조자, 심판 등 운영 요원과 연습주행자, 경기참가 면허교육 참여자 등 자동차경기활동과 관련된 사람 중 보험가입 증서(보험증권)에 기재된 사람으로 합니다.

제 3 조(피보험자의 명부)

① 계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

② 계약자가 정당한 이유없이 제 1 항의 열람을 거부할 때에는 회사는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 2 항 제 2 호에 정한 자동차 또는 오토바이에 의한 경기 중 손해는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제 5 조(보험가입금액)

① 피보험자의 가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 6 조(예치보험료)

예치보험료는 계약체결일 이전 1 개월에 발생된 평균인원수 또는 계약체결일 이후 1 개월 동안에 발생될 것으로 예상되는 평균인원수를 기초로 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

제 7 조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10 일까지 전월말까지의 피보험자수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니 다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출해야 합니다.
2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 제 1 항에 의한 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제 8 조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 9 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

외국인산업기술연수자단체상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(적용범위)

이 특별약관은 연수업체를 대표하여 중소기업협동조합중앙회를 계약자로 하고 연수업체에 소속된 외국인산업기술연수자를 피보험자로 하여 보험계약에 대하여 적용합니다.

제 3 조(보험가입금액)

① 피보험자의 가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각각 달리하여 가입하고자 할 경우에는, 회사는 계약사 항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 4 조(계약자)

계약자는 제 2 조(적용범위)의 연수업체를 대표하여 보험계약상의 모든 권리, 의무 를 직접 또는 간접적으로 행사할 수 있어야 합니다.

제 5 조(피보험자의 범위)

① 피보험자는 연수업체에 소속된 외국인 산업기술 연수자로 합니다.

② 계약이 성립된 후 연수업체를 무단으로 이탈하는 경우에 그 이탈시점부터 피보험자의 자격은 상실되며 그로 인한 사고는 보상하지 않습니다.

제 6 조(피보험자의 명부)

계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우 에는 이에 따라야 합니다.

제 7 조(피보험자의 신청)

이 특별약관에서의 피보험자수는 이 보험계약에 부보된 총피보험자 수로 하며 이를 기준으로 단체계약 특별약관의 유형에 따른 할인율을 적용합니다.

제 8 조(피보험자의 추가, 감소 또는 교체)

① 이 단체계약을 맺은 후 피보험자를 추가, 감소 또는 교체하고자 하는 경우에는 계약자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.

② 이 보험기간 중에 피보험자 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 추가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생되는 추가 또는 환급 보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려드립니다.

③ 회사는 제 1 항 및 제 2 항을 위반하였을 경우에 새로이 추가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

④ 제 1 항에 따라 피보험자가 추가 또는 교체되는 경우에는 피보험자 추가 또는 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입되며, 피보험자 추가 또는 교체시점부터 잔여 보험기간(피보험자 추가 또는 교체전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상하여 드립니다.

제 9 조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 10 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스카우트대원및지도자단체상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 스카우트 단체(한국보이스카우트연맹, 한국걸스카우트연맹 또는 이들 연맹의 산하단체인 지방 연맹, 지구연합회 및 단위대를 말하며 이하 “단체”라 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 스카우트 단체(한국보이스카우트연맹, 한국걸스카우트연맹 또는 이들 연맹의 산하단체인 지방 연맹, 지구연합회 및 단위대를 말하며 이하 “단체”라 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동 중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 단체의 관리하라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 단체활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다) 중
2. 단체활동 시작전 또는 종료후에 단체활동 장소에 있는 중
3. 단체활동을 위해 단체가 지정한 장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 왕복도중

제 2 조(피보험자의 범위)

① 피보험자는 단체의 소속원으로 등록된 사람을 말합니다.

② 계약이 성립된 후에 단체에 등록된 자는 그 등록시점부터 피보험자가 되며 소속을 이탈하는 경우에 그 이탈 시점부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제 3 조(피보험자의 명부)

① 계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

② 계약자가 정당한 이유없이 제 1 항의 열람을 거부할 때에는 회사는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조(보험가입금액)

① 피보험자의 가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 5 조(보험료의 정산)

① 계약자는 보험기간 중에 피보험자가 증감된 경우 보험기간만료일 이후 30 일 이내에 그 증감내역을 서면으로 회사에 제출하여야 합니다.

② 제 1 항의 경우 회사는 증감자에 대하여 일단위로 보험료를 계산하여 계약을 체결할 때에 납입한 보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려드립니다.

제 6 조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 7 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

RCY 단체활동상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 RCY (청소년 적십자)단체(산하단체인 지방연맹, 지구연합회 및 단위대를 말하며 이하 "단체"라고 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동(이하 "단체활동" 이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 RCY (청소년 적십자)단체(산하단체인 지방연맹, 지구연합회 및 단위대를 말하며 이하 "단체"라고 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동(이하 "단체활동" 이라 합니다) 중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 단체활동이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 단체활동(정규, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중일 때
2. 단체활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 단체활동을 위해 단체가 지정한 활동장소와 피보험자의 주거지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(피보험자의 범위)

① 피보험자는 한국 청소년 적십자(RCY)에 등록된 단원 및 지도자를 말합니다.

② 계약이 성립된 후에 단체에 등록된 자는 그 등록시점부터 피보험자가 되며 소속을 이탈하는 경우에 그 이탈 시점부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제 3 조(보험가입금액)

① 피보험자의 가입금액은 동일하게 책정합니다.

② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 4 조(피보험자의 명부)

① 계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구한 경우에는 이에 따라야 합니다. 계약자가 정당한 이유없이 제 1 항의 열람을 거부할 때에는 회사는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조(보험료의 정산)

① 계약자는 보험기간 중에 피보험자가 증감된 경우 보험기간 만료일 이후 30 일 이내에 그 증감내역을 서면으로 회사에 제출하여야 합니다.

② 제 1 항의 경우 회사는 증감자에 대하여 일단위로 보험료를 계산하여 계약을 체결할 때 납입한 보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려드립니다.

제 6 조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 7 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

해양소년단단체상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 해양소년단 단체(한국해양소년단연맹 또는 이들 연맹의 산하단체인 지방연맹 및 지부를 말하며, 이하 “단체”라고 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동(이하 “단체활동” 이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 해양소년단 단체(한국해양소년단연맹 또는 이들 연맹의 산하단체인 지방연맹 및 지부를 말하며, 이하 “단체”라고 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동(이하 “단체활동” 이라 합니다) 중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 단체의 관리하라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 단체활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다) 중
2. 단체활동 시작전 또는 종료후에 단체활동 장소에 있는 중
3. 단체활동을 위해 단체가 지정한 장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 왕복 도중

제 2 조(피보험자의 범위)

① 피보험자는 단체의 소속원으로 한국해양소년단연맹에 등록된 사람 및 지도자를 말합니다.

② 계약이 성립된 후에 단체에 등록된 자는 그 등록시점부터 피보험자가 되며 소속을 이탈하는 경우에 그 이탈 시점부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제 3 조(피보험자의 명부)

① 계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

② 계약자가 정당한 이유없이 제 1 항의 열람을 거부할 때에는 회사는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조(보험가입금액)

① 피보험자의 가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 5 조(보험료 정산)

① 계약자는 보험기간 중에 피보험자가 증감된 경우 보험기간 만료일이후 30 일 이내에 그 증감내역을 서면으로 회사에 제출하여야 합니다.

② 제 1 항의 경우 회사는 증감자에 대하여 일단위로 보험료를 계산하여 계약을 체결할 때에 납입한 보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려 드립니다.

제 6 조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 7 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

한국우주소년단대원및지도자단체상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 보험가입증서(보험증권)에 기재된 한국우주소년단(한국우주소년단 또는 산하 단체인 지방본부를 말하며 이하 "단체"라 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 보험가입증서(보험증권)에 기재된 한국우주소년단(한국우주소년단 또는 산하 단체인 지방본부를 말하며 이하 "단체"라 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동 중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 단체의 관리하라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 단체활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다) 중
2. 단체활동 시작전 또는 종료후에 단체활동 장소에 있는 중
3. 단체활동을 위해 단체가 지정한 장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 왕복도중

제 2 조(피보험자의 범위)

① 피보험자는 단체의 소속원으로 등록된 사람을 말합니다.

② 계약이 성립된 후에 단체에 등록된 자는 그 등록시점부터 피보험자가 되며 소속을 이탈하는 경우에 그 이탈 시점부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제 3 조(피보험자의 명부)

① 계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

② 계약자가 정당한 이유없이 제 1 항의 열람을 거부할 때에는 회사는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조(보험가입금액)

① 피보험자의 가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 5 조(보험료의 정산)

① 계약자는 보험기간 중에 피보험자가 증감된 경우 보험기간만료일 이후 30 일 이내에 그 증감내역을 서면으로 회사에 제출하여야 합니다.

② 제 1 항의 경우 회사는 증감자에 대하여 일단위로 보험료를 계산하여 계약을 체결할 때에 납입한 보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려드립니다.

제 6 조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험가입증서(보험증권)을 교부하여 드립니다.

제 7 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

해외주재원신변안전상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지의 여행도중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지의 여행도중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
3. 피보험자가 보험기간중에 인질상태에 놓이게 되었을 경우에 해당 피보험자의 구출을 위해 실제로 소요된 구조비용(구조대 파견비용, 정보수집비, 정보제공자 사례비 등을 포함합니다. 이하 같습니다)

※용 어 풀 이※

인질상태라 함은 아래와 같은 경우를 말합니다.

1. 불법적인 유괴, 납치로 소재가 불명하거나, 유괴 또는 납치되었음이 증명되었을 때
2. 정치적이건 비정치적이건을 막론하고 피보험자가 비우호적인 집단에 의해 감금되어 있을 때
3. 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 행방불명 또는 조난된 경우

제 2 조(구조비용 보험금)

① 회사는 피보험자가 인질상태에 놓여 있을 때, 해당 피보험자의 사망 후유장해 보험가입금액의 10% 범위내에서 실제로 소요된 아래의 비용을 지급합니다.

1. 수색구조비용 : 피보험자를 수색, 구조 또는 이송하는 활동에 필요한 비용중 이들 활동에 종사한 사람의 청구에 의하여 지급한 비용
2. 구조대 파견비용 : 피보험자를 구조하기 위하여 사고발생지로 구조대를 파견하는 경우 현지 의 왕복 항공운임 등 교통비
3. 정보수집비 또는 정보제공자 사례비 : 피보험자를 구조하는데 직접적으로 사용된 정보수집 비 또는 정보제공자에 대한 사례비 등

② 회사는 제 1 항의 비용 중 정당하다고 안정된 부분만 보상하여 드리며, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 타인으로부터 손해배상을 받을 수 있는 부분에 대하여는 그 금액을 지급하지 않습니다.

③ 회사가 지급하여야 할 구조비용 보험금은 1 사고마다 보험증권(보험가입증서)에 기재된 구조 비용 보험가입금액(사망 · 후유장해 보험가입금액의 10%)을 한도로 합니다.

제 3 조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서 「해외주재원」이라 함은 대한민국 전역 및 대한 민국과 외교관계를 맺거나 무역거래를 영위하는 국가 안에 정한 지역에 파견 또는 주재하는 대한민국의 외교사절, 공관원 및 기타 이들에 준하는 자격을 가진 자를 말합니다.

② 이 특별약관에서 피보험자는 해외주재원 본인과 해외주재지에 동행한 다음의 가족을 말합니다.

1. 피보험자 본인의 배우자
2. 피보험자 본인의 직계 미혼자녀
3. 단, 15 세미만 자녀의 경우에는 사망보험금 지급대상에서 제외됩니다.

③ 제 2 항의 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제 4 조(보험가입금액)

피보험자 본인 및 그 가족의 1 계좌당 보험가입금액은 다음과 같으며, 보장위험별로 계좌수를 다르게 하여 가입할 수 있습니다.

(단위 : US$)

구 분	사망·후유장해		
	1 종	2 종	3 종
본 인	100,000	100,000	300,000
배 우 자	70,000	60,000	200,000
자녀 (1 인당)	10,000	20,000	30,000

제 5 조(피보험자의 변경)

① 다음과 같은 사실이 발생한 경우 해당 피보험자는 그 사실발생과 동시에 이 계약의 피보험자로부터 제외됩니다.

1. 피보험자 본인이 무단으로 외교관의 직무를 이탈한 때
2. 피보험자가 외국에 망명한 때
3. 피보험자 본인이 국내 근무발령을 받고 귀국한 때

② 이 계약의 보험기간 중에 새로운 피보험자를 추가 또는 주재국을 변경할 경우에는 계약자는 서면으로 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제 6 조(보장의 시기 및 종기)

① 회사는 피보험자가 외국에 파견 또는 주재할 목적으로 현지로 출발하기 위하여 국내의 공항이나 부두에서 비행기 또는 선박에 탑승한 때로부터 귀국하여 비행기나 선박에서 내릴 때까지의 기간동안에 발생한 사고에 대하여만 보상하여 드립니다. 그러나 해외주재 기간 중에 회의참석, 신병 등으로 인해 일시 귀국한 경우에는 국내에 체류하는 기간 동안에 발생한 사고에 대해서도 보상하여 드립니다.

② 피보험자가 승객으로 탑승하는 항공기, 선박 등의 교통수단이 보험기간 마지막 날의 오후 4 시까지 여행의 최종목적지에 도착하도록 예정되어 있음에도 불구하고 도착이 지연되었을 경우에는 제 1 항의 규정에도 불구하고 보장의 종기는 자동적으로 24 시간을 한도로 연장됩니다.

③ 제 3 항의 경우에 피보험자가 승객으로 탑승하는 항공기가 제 3 자에 의한 불법적인 지배를 받았을 경우나 또는 공권력에 의해 구속을 받았을 경우에는 그 때부터 피보험자가 해방되어 정상적인 여행상태에 돌아올 때까지의 필요한 시간 또는 회사가 타당하다고 인정하는 시간을 한도로 하여 보장의 종기는 연장됩니다.

④ 제 1 항 및 제 2 항의 시각은 보험증권(보험가입증서) 발행지의 표준시를 따릅니다.

제 7 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

해외주재원전쟁위험추가보장 추가특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항 제 5 호에도 불구하고 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 손해에 대하여도 이 추가특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 해당 특별약관을 따릅니다.

골프활동중상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 골프시설 (골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장, 탈의실 등 그 외 부속시설을 포함합니다) 구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식을 포함합니다)중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 골프시설 (골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장, 탈의실 등 그 외 부속시설을 포함합니다) 구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식을 포함합니다)중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

군인영외체류기간중상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 군복무 중의 영외체류기간 동안에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중에 군복무 중의 영외체류기간 동안에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 군복무 중이라 함은 피보험자가 병역법에 의하여 군복무를 위해 입영한 시점부터 군인사법에 의한 전역, 퇴역, 제적 등으로 인한 전역일까지의 기간을 말합니다.

③ 제 1 항의 영외체류기간이라 함은 임무수행을 목적으로 한 영외체류를 제외한 휴가, 외출 및 외박 기간 중 영외 체류기간을 말합니다. 단, 탈영은 제외합니다.

[용어해설]

<휴가, 외출 및 외박>
「부대관리훈령」에 따른 휴가, 외출 및 외박 중 공무수행을 목적으로 하지 않는 경우를 말합니다.

제 2 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자라 함은 다음과 같습니다.

1. 군 인사법 제 2 조에서 정한 현역에 복무하는 병
2. 병역법 제 25 조에 의하여 신분이 전환된 자(병역법 제 25 조의 '경찰대학졸업예정자로서 의무경찰대에 복무할 사람'은 제외)
3. 병역법 제 2 조(정의 등)에서 정한 상근예비역

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

군인영외체류기간중교통상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 군복무 중의 영외체류기간 동안에 다음 각 목의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

   가. 피보험자가 운행중의 교통승용구에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통승용구(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해

   나. 피보험자가 운행중의 교통승용구에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해

   다. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통승용구로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

2. 보험기간 중에 군복무 중의 영외체류기간 동안에 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 교통승용구라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계 및 농업기계 (다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통승용구로 보지 않습니다)

③ 제 1 항의 군복무 중이라 함은 피보험자가 병역법에 의하여 군복무를 위해 입영한 시점부터 군인사법에 의한 전역, 퇴역, 제적 등으로 인한 전역일까지의 기간을 말합니다.

④ 제 1 항의 영외체류기간이라 함은 임무수행을 목적으로 한 영외체류를 제외한 휴가, 외출 및 외박 기간 중 영외 체류기간을 말합니다. 단, 탈영은 제외합니다.

[용어해설]

<휴가, 외출 및 외박>
「부대관리훈령」에 따른 휴가, 외출 및 외박 중 공무수행을 목적으로 하지 않는 경우를 말합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자라 함은 다음과 같습니다.

1. 군 인사법 제 2 조에서 정한 현역에 복무하는 병
2. 병역법 제 25 조에 의하여 신분이 전환된 자(병역법 제 25 조의 '경찰대학졸업예정자로서 의무경찰대에 복무할 사람'은 제외)
3. 병역법 제 2 조(정의 등)에서 정한 상근예비역

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

군인영외체류기간중대중교통상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 군복무 중의 영외체류기간 동안에 다음 각 목의 사고로 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

   가. 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고

   나. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승하차하던 중 일어난 교통사고

   다. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고

2. 보험기간 중에 군복무 중의 영외체류기간 동안에 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 대중교통수단이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.

1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철/전철,기차
3. 여객자동차운수사업법시행령 제 3 조(여객자동차운송사업의 종류)에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
4. 여객자동차운수사업법시행령 제 3 조(여객자동차운송사업의 종류)에서 규정한 일반택시 및 개인택시(렌터카 제외)
5. 여객수송용 선박

③ 제 1 항의 군복무 중이라 함은 피보험자가 병역법에 의하여 군복무를 위해 입영한 시점부터 군인사법에 의한 전역, 퇴역, 제적 등으로 인한 전역일까지의 기간을 말합니다.

④ 제 1 항의 영외체류기간이라 함은 임무수행을 목적으로 한 영외체류를 제외한 휴가, 외출 및 외박 기간 중 영외 체류기간을 말합니다. 단, 탈영은 제외합니다.

[용어해설]

<휴가, 외출 및 외박>
「부대관리훈령」에 따른 휴가, 외출 및 외박 중 공무수행을 목적으로 하지 않는 경우를 말합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자라 함은 다음과 같습니다.

1. 군 인사법 제 2 조에서 정한 현역에 복무하는 병
2. 병역법 제 25 조에 의하여 신분이 전환된 자(병역법 제 25 조의 '경찰대학졸업예정자로서 의무경찰대에 복무할 사람'은 제외)
3. 병역법 제 2 조(정의 등)에서 정한 상근예비역

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

병상해질병사망보장 특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자라 함은 다음과 같습니다.

1. 군인사법 제 2 조(적용범위)에서 정한 현역 복무하는 병(兵)
2. 병역법 제 2 조(정의 등)에서 정한 상근예비역
3. 군 인사법 제 2 조 2 호의 사관생도, 사관후보생 및 부사관후보생(공군항공과학고 학생 포함)

제 2 조(보장기간)

① 이 특별약관에 따라 피보험자가 보장을 받는 기간은 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 군인사법 제 2 조(적용범위)에서 정한 현역 복무하는 병(兵) 및 병역법 제 2 조(정의 등)에서 정한 상근예비역인 경우 : 피보험자의 훈련소(신교대) 입소를 위해 병영 내에 도착한 시점부터 전역 명령일 24:00 시까지
2. 피보험자가 군인사법 제 2 조 2 호의 사관생도 및 공군항공과학고 학생인 경우
   가) 신입생 : 가입교 등록을 위해 학교 내 도착한 시점부터 적용
   나) 재학생 : 재학기간 중 적용
   다) 졸업생 : 임관일 24:00 까지
   ※ 중도 퇴교 시 : 인사명령기준 퇴교일 24:00 까지
3. 군 인사법 제 2 조 2 호의 사관후보생 및 부사관후보생(공군항공과학고 학생 제외)
   가) 기초군사훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00 까지
   나) 재학 중 입영훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00 까지

다) 임관을 위한 입영훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00 까지

② 제 1 항에도 불구하고 보험기간 종료시 피보험자의 보장기간도 종료됩니다.

제 3 조(보험금 지급사유)

회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 특별약관 제 2 조의 보장기간 중에 발생한 상해의 직접적 결과로써 특별약관 제 2 조의 보장기간 중에 사망한 경우
2. 특별약관 제 2 조의 보장기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 자살
2. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
3. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
4. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
5. 피보험자가 지휘관의 허가없이 군부대를 무단이탈하여 발생한 사고
6. 피보험자가 불법행위로 타인을 해치거나 해치려는 도중에 타인 또는 제 3 자가 피해방지 또는 방어의 목적으로 피보험자 본인을 해친 경우
7. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동. 단, 외국의 범위에 북한을 포함합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차(이륜차제외)교통상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 다음 각 목의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

   가. 피보험자가 운행중의 자동차에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 자동차(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해

   나. 피보험자가 운행중의 자동차에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해

   다. 도로 통행중의 피보험자가 자동차로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

2. 보험기간 중 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 자동차중 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식

기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하 「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9 종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고상해진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거사고로 인한 상해의 직접결과로써 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 의료기관에서 28 일 이상의 최초 진단(추가 진단은 해당되지 않습니다)을 받고, 실제 치료중이거나, 치료가 종료된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금으로 1 회에 한하여 지급합니다.

② 제 1 항의 자전거사고라 함은 아래의 각 호에 정한 경우를 말합니다.

1. 자전거를 직접 운전하던 중에 일어난 사고
2. 자전거를 운전하고 있지 않은 상태로 자전거에 탑승 중에 일어난 사고
3. 도로통행중인 피보험자가 자전거로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제 1 항의 자전거라 함은 자전거이용 활성화에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 1 호에서 정한 자전거를 말합니다. (동법 제 2 조 제 1 의 2 에서 정한 전기자전거는 제외합니다.)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해입원일당보장 특별약관(180 일한도)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 ( )일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에 ( )일째 입원일로부터 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 180 일을 한도로 제 1 항의 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제 2 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

⊙ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

상해입원일당보장 특별약관(365 일한도)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 ( )일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에 ( )일째 입원일로부터 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 365 일을 한도로 합니다.

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 365 일을 한도로 제 1 항의 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제 2 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

⊙ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

교통상해입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 다음 각 호의 상해의 그 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 ( )일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에 ( )일째 입원일로부터 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.

1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 상해

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 항의 교통상해입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스 컬레이터, 모노레일
2. 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계 및 농업기계 (다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

④ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

⊙ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

업무중상해입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 업무중(출·퇴근은 업무중로 봅니다)에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 ( )일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에 ()일째 입원일로부터 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 항의 업무중상해입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제 2 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

⊙ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

질병입원일당보장 특별약관(180 일한도)

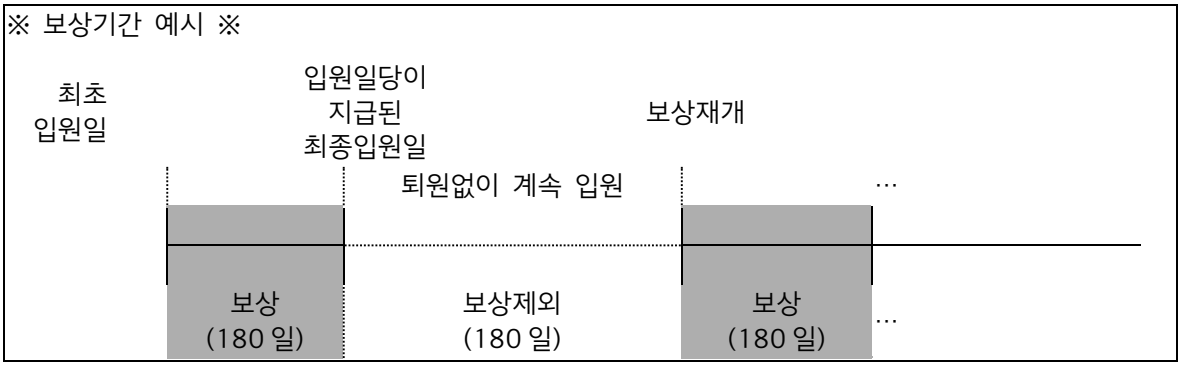
제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.)에서 ( )일 이상 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다.)하여 치료를 받은 때에는 이 특별약관에 따라 ( )일째 입원일부터 입원 1 일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 질병입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 선천성 뇌질환
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 제 1 항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제 4 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

⊙ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

질병입원일당보장 특별약관(365 일한도)

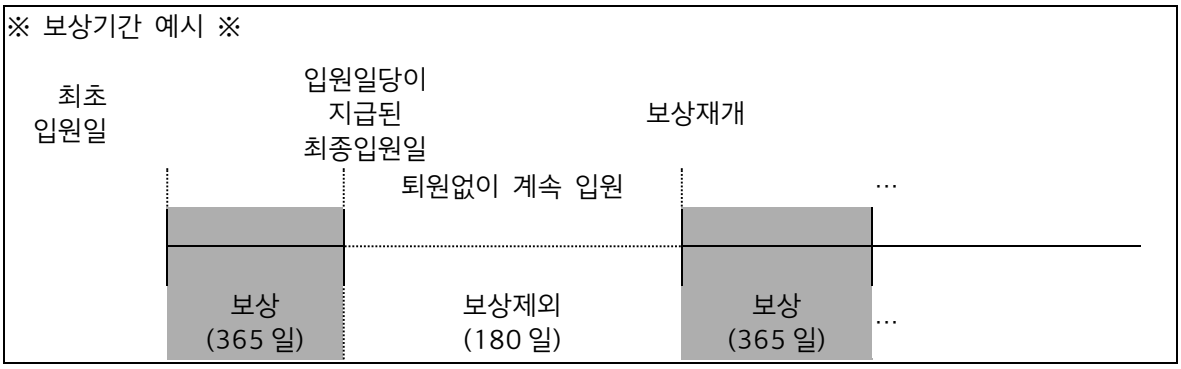
제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.)에서 ( )일 이상 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다.)하여 치료를 받은 때에는 이 특별약관에 따라 ( )일째 입원일부터 입원 1 일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 365 일을 한도로 합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 질병입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 선천성 뇌질환
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 제 1 항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제 4 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

⊙ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

질병입원일당출산보장 추가특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 질병입원일당 특별약관 제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항 제 2 호 및 제 2 항 제 1 호, 제 4 호에도 불구하고 피보험자가 임신·출산·산후기 관련 질환으로 진단 확정되고, 그 질환의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

이 경우 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 모자보건법 제 2 조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원에 입원하는 경우 및 산후조리를 목적으로 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하는 경우는 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(임신·출산·산후기 관련 질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "임신·출산·산후기 관련 질환"이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표 6】"임신, 출산 및 산후기 분류표"에 해당하는 질병을 말합니다.

② "임신·출산·산후기 관련 질환"의 진단확정은 의료법 제 3 조 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 3 조(입원의 정의와 장소)

이 특약에서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다.)에 의하여 임신·출산·산후기 관련 질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 "임신·출산·산후기 관련 질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 "임신·출산·산후기 관련 질환"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "임신·출산·산후기 관련 질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "임신·출산·산후기 관련 질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "임신·출산·산후기 관련 질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "임신·출산·산후기 관련 질환"으로 진단된 경우에는 이는 "임신·출산·산후기 관련 질환"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 동일한 "임신·출산·산후기 관련 질환"의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 질병입원일당보장 특별약관 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상)
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요 기타 이들과 유사한 사태
7. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
8. 위 제 7 호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보장하여 드리지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 치과질환
5. 불임에 따른 검사 및 시술
6. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
7. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제 6 조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 질병입원일당의 보상한도는 질병입원일당 특별약관 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 7 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당보장 특별약관 및 보통약관을 따릅니다.

7 대질병입원일당보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

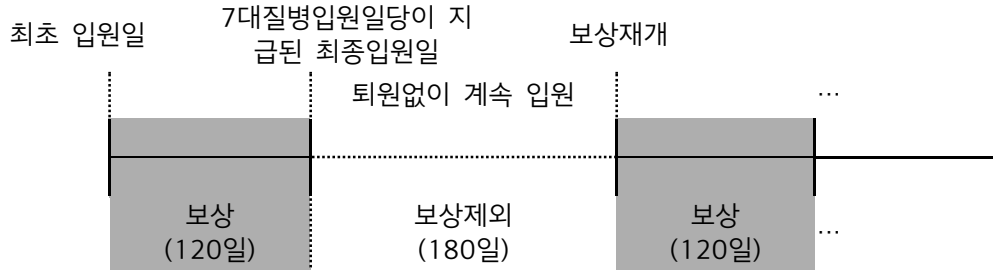
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 7대질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.)에 4일 이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다.)하여 치료를 받은 때에는 이 특약에 따라 120일을 한도로 3일 초과 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 7대질병 입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 7대질병 입원일당을 120일 한도로 보상하여 드립니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 7대질병 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 7대질병 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

※ 보상기간 예시 ※



⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 7대질병 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제2조(용어의 정의)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 “7대질병”이라 함은 【별표40】"7대질병 분류표”에서 정하는 “심장질환”, “뇌혈관질환”, “간질환”, “고혈압”, “당뇨병”, “만성호흡기질환”, “위·십이지장궤양”을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 “7대질병으로 인한 입원”이라 함은 의사에 의해 7대질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 7대질병의 치료 중에 진단 확정된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 입원치료의 주된 목적이 되는 질병에 대한 의사의 소견에 따라 다른 입원으로 봅니다. 다만, 7대질병에 의해 전이 내지 확정된 질병임이 입증되고, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 7대질병으로 진단된 경우에는 이는 7대질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 「7대질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 7대질병으로 진단이 된 7대질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 7대질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 7대질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 7대질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 7대질병으로 진단된 경우에는 이는 7대질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 이 특별약관에 있어서「계속 입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 7대질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 규정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항 및 상해손해 보장조항을 따릅니다.

7 대질병수술위험보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 "7대질병"으로 진단 확정되고, 그 "7대질병"의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 수술비로 피보험자에게 지급합니다.

② 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 7대질병 수술을 받을 경우에는 1회의 수술로 봅니다.

제2조 (7대질병의 정의 및 진단확정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 “7대질병”이라 함은 【별표40】"7대질병 분류표”에서 정하는 “심장질환”, “뇌혈관

질환", "간질환", "고혈압", "당뇨병", "만성호흡기질환", "위·십이지장궤양"을 말합니다.

② 「7대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력. 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 할 수 있습니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 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)차단(NERVE BLOOK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제4조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 수술동반 입원일당(1 일이상 20 일 한도) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 상해로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하 "수술동반 입원"이라 합니다) 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 20일을 한도로 합니다.

1. 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 상해의 직접결과로써 제 3 조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받는 경우
3. 상기 제 1 호 및 제 2 호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

② 제1항의 "수술"은 같은 상해로 2종류 이상의 상해 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

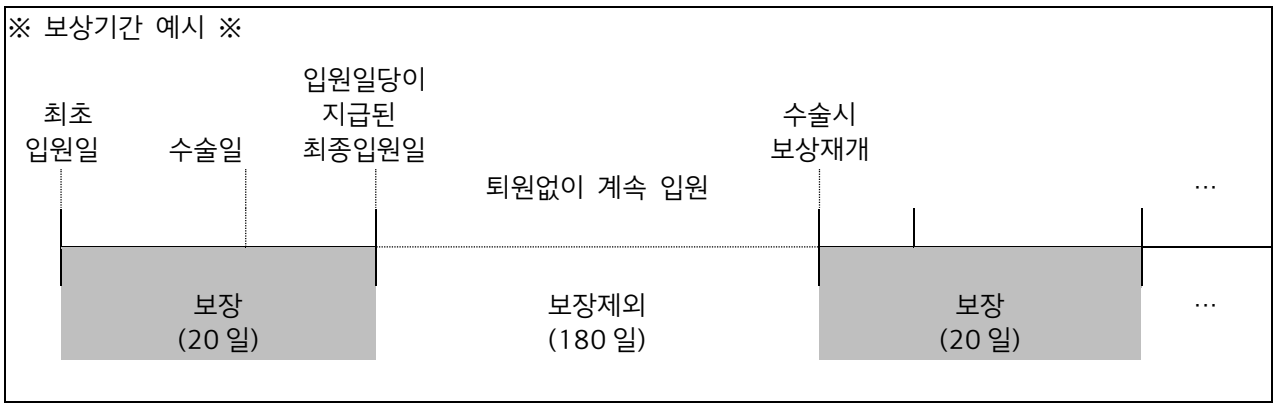
① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 수술 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 수술동반 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술동반 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 입원일당을 계속 지급하여 드립니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 최초의 수술동반 입원 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 수술동반 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 수술동반 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 수술동반 입원은 새로운 수술동반 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 수술이 입원기간동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일 이전 180일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 수술이며, 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1항 내지 제5항에 따라 입원일당을 지급합니다.

제 3 조(수술의 정의와 장소)
「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 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)차단(NERVE BLOOK)은 제외합니다.

제 4 조(입원의 정의와 장소)
「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 수술동반 입원일당(1 일이상 20 일 한도) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하 "수술동반 입원"이라 합니다) 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1회 수술동반 입원당 20일을 한도로 합니다.
1. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제 3 조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
3. 상기 제 1 호 및 제 2 호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

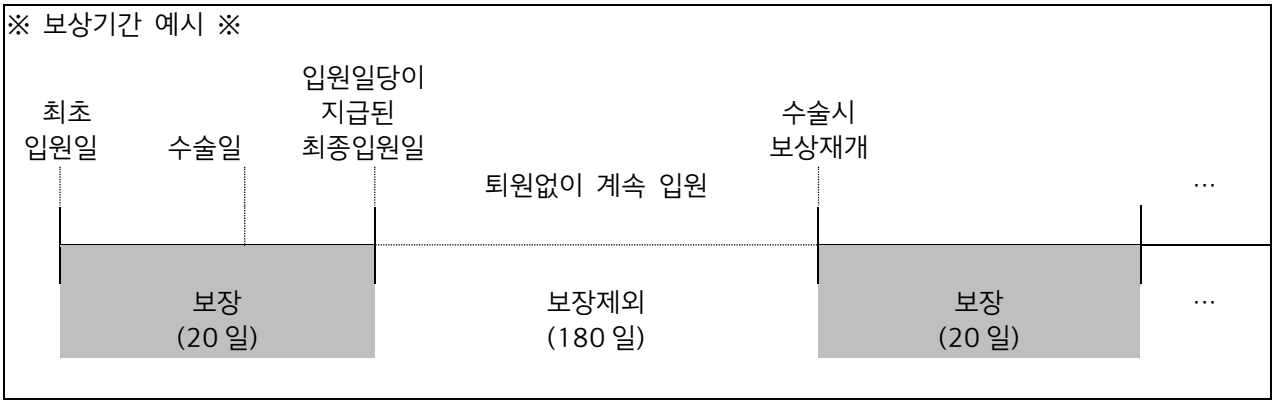
② "수술"은 같은 질병으로 2종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 수술 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 수술동반 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
② 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술동반 입원기간에 대하여는 입원일당을 계속 지급하여 드립니다.
③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 최초의 수술동반 입원 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 수술동반 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 수술동반 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 수술동반 입원은 새로운 수술동반 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

※ 보상기간 예시 ※



⑥ 수술이 입원기간동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일 이전 180일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 수술이며, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1항 내지 제5항에 따라 입원일당을 지급합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 피보험자의 선천성 뇌질환
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 제 1 항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제 4 조(수술의 정의와 장소)

「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 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)차단(NERVE BLOOK)은 제외합니다.

제 5 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 수술동반 입원일당(1 일이상 20 일 한도) 출산위험 확장보장 추가특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)
① 회사는 질병 수술동반 입원일당(1 일이상 20 일 한도) 특별약관(이하 "특별약관"이라 합니다) 제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술동반 입원하여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다. 이 경우 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 모자보건법 제 2 조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원에서 발생한 비용은 보상하지 않습니다.
② 제 1 항의 임신, 출산, 산후기로 급여 치료를 받은 경우란 제 8 차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99 에 해당하는 질병으로 급여 치료를 받은 경우를 말합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상)
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요 기타 이들과 유사한 사태
7. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
8. 위 제 7 호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보장하여 드리지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 치과질환
5. 불임에 따른 검사 및 시술
6. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
7. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제 3 조(준용규정)
이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병 수술동반 입원일당(1 일이상 20 일 한도) 특별약관 및 보통약관을 따릅니다.

상해 수술동반 입원일당(2 일이상 20 일 한도) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 상해로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하 "수술동반 입원"이라 합니다) 최초 입원일의 다음날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 20일을 한도로 합니다.
1. 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 상해의 직접결과로써 제 3 조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받는 경우
3. 상기 제 1 호 및 제 2 호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

② 제1항의 "수술"은 같은 상해로 2종류 이상의 상해 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 수술 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한

경우 이를 1회 수술동반 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

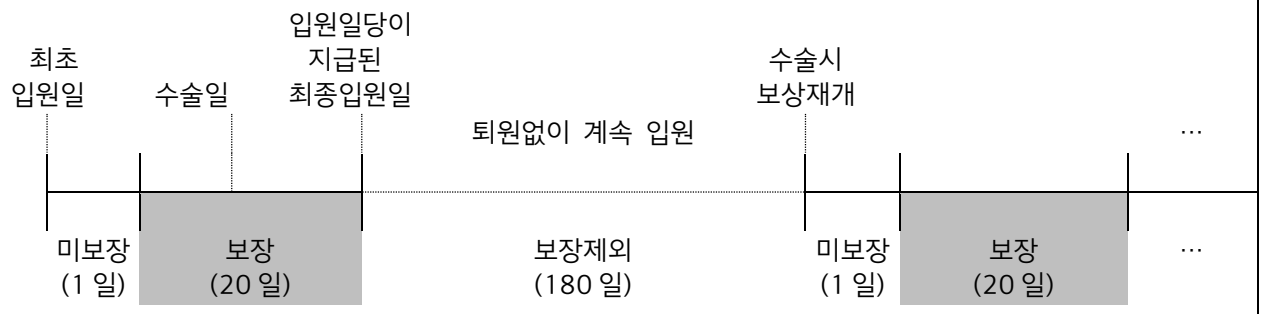
② 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술동반 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 입원일당을 계속 지급하여 드립니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 최초의 수술동반 입원 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 수술동반 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 수술동반 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 수술동반 입원은 새로운 수술동반 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

※ 보상기간 예시 ※



⑥ 수술이 입원기간동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일 이전 180일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 수술이며, 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1항 내지 제5항에 따라 입원일당을 지급합니다.

제 3 조(수술의 정의와 장소)

「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 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)차단(NERVE BLOOK)은 제외합니다.

제 4 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 수술동반 입원일당(2 일이상 20 일 한도) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하 "수술동반 입원"이라 합니다) 최초 입원일의 다음날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1회 수술동반 입원당 20일을 한도로 합니다.

1. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제 3 조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
3. 상기 제 1 호 및 제 2 호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

② "수술"은 같은 질병으로 2종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 수술 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 수술동반 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

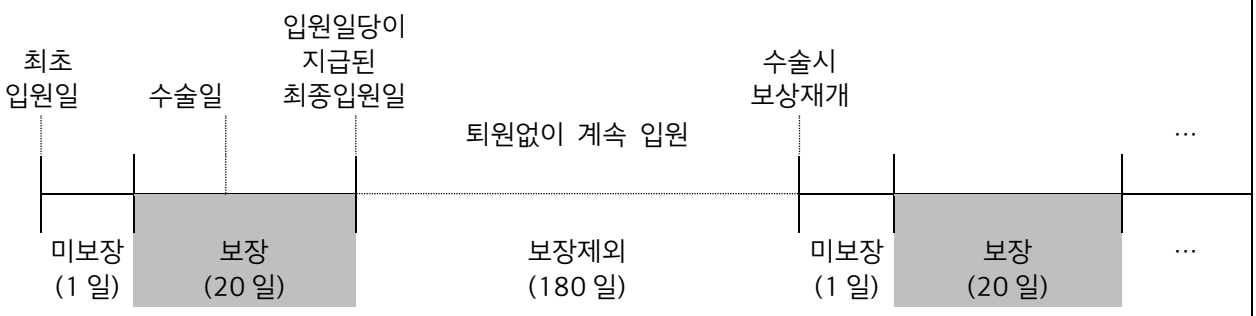
② 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술동반 입원기간에 대하여는 입원일당을 계속 지급하여 드립니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 최초의 수술동반 입원 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 수술동반 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 수술동반 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 수술동반 입원은 새로운 수술동반 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

※ 보상기간 예시 ※



⑥ 수술이 입원기간동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일 이전 180일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 수술이며, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1항 내지 제5항에 따라 입원일당을 지급합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

③ 회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 피보험자의 선천성 뇌질환
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

④ 회사는 제 1 항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제 4 조(수술의 정의와 장소)

「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료

기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 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)차단(NERVE BLOOK)은 제외합니다.

제 5 조(입원의 정의와 장소)
「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 6 조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 수술동반 입원일당(2 일이상 20 일 한도) 출산위험 확장보장 추가특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)
① 회사는 질병 수술동반 입원일당(2 일이상 20 일 한도) 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다) 제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술동반 입원하여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다. 이 경우 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 모자보건법 제 2 조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원에서 발생한 비용은 보상하지 않습니다.
② 제 1 항의 임신, 출산, 산후기로 급여 치료를 받은 경우란 제 8 차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99 에 해당하는 질병으로 급여 치료를 받은 경우를 말합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상)
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요 기타 이들과 유사한 사태
7. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
8. 위 제 7 호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보장하여 드리지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 치과질환
5. 불임에 따른 검사 및 시술
6. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
7. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제 3 조(준용규정)
이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병 수술동반 입원일당(2 일이상 20 일 한도) 특별약관 및 보통약관을 따릅니다.

소득보상금보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 일시금으로 피보험자에게 지급합니다.

지 급 사 유	소 득 보 상 금
100%후유장해	보험가입금액의 100%
80%이상 100%미만 후유장해	보험가입금액의 70%
50%이상 80%미만 후유장해	보험가입금액의 35%

② 50%이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통상해소득보상금보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 일시금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함)와의 충돌, 접촉 또는 이들 수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고

지 급 사 유	소 득 보 상 금
100%후유장해	보험가입금액의 100%
80%이상 100%미만 후유장해	보험가입금액의 70%
50%이상 80%미만 후유장해	보험가입금액의 35%

② 50% 이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 제 1 항에 정한 교통사고에서 제외합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승
2. 하역작업
3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어풀이 ※

⦿ 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

㉠ 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터 , 모노레일

㉡ 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거

㉢ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)

㉣ 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 경우는 교통 수단으로 보지 않습니다)

휴일교통상해소득보상금보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중에 사고발생지의 토요일, 법정공휴일 (일요일 포함) 또는 근로자의 날에 다음 각 호의 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 일시금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함)와의 충돌, 접촉 또는 이들 수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고

지 급 사 유	소 득 보 상 금
100%후유장해	보험가입금액의 100%
80%이상 100%미만 후유장해	보험가입금액의 70%
50%이상 80%미만 후유장해	보험가입금액의 35%

② 50% 이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 제 1 항에 정한 교통사고에서 제외합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승
2. 하역작업
3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 소득보상금은 피보험자의 장해상태 판정일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

㉠ 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일

㉡ 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거

㉢ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)

㉣ 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 경우는 교통 수단으로 보지 않습니다)

업무중상해소득보상금보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간중에 업무중(통상적인 출퇴근은 업무중 으로 봅니다)에 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 일시금으로 피보험자에게 지급합니다.

지 급 사 유	소 득 보 상 금
100%후유장해	보험가입금액의 100%
80%이상 100%미만 후유장해	보험가입금액의 70%
50%이상 80%미만 후유장해	보험가입금액의 35%

② 50% 이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴업손해장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사고일부터 90 일 이내에 완전하고도 계속적으로 무능력하게 되어 직무에 종사할 수 없게 되었을 때에는 그 기간에 대해 52 주를 한도로 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 하여 정기적(주급)으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 제 1 항에서 정한 사고로 무능력상태가 된 후 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료 전 사고일로부터 52 주를 한도로 보험금을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 입은 상해가 다음 지급률표의 항목에 해당하는 경우로써 피보험자가 본항에서 정한 일시금을 지급할 것을 사고일로부터 30 일 이내에 서면으로 회사에 통지할 경우에는 피보험자는 제 1 항의 보험금 대신에 다음 지급률표에 의한 일시금을 지급 받을 수 있습니다. 다만, 동일사고로 여러 부위에 상해을 입은 경우에는 가장 높은 금액만 을 지급합니다.

- 지급률표 -

보험금 주급액이 70,000 원(가입금액 10,000 원의 경우)인 경우의 일시금은 다음과 같으며 보험금 주급액이 70,000 원을 초과하거나 그 미만인 경우에는 비례계산에 따라 지급합니다.

가. 제거에 의한 상실

한 개 이상의 지골(趾骨) ---------- 560,000 원

한 개 이상의 지골(指骨)---------- 420,000 원

(또는 최소한 한 개 이상의 지지골(指趾骨))

나. 관절의 완전탈골

엉덩이---------- 840,000 원

무릎(슬개골 제외) ---------- 420,000 원

족골(지골(趾骨) 제외) ---------- 420,000 원

발목 ---------- 420,000 원

손목 ---------- 378,000 원

팔꿈치 ---------- 280,000 원

어깨 ---------- 210,000 원

한 개 이상의 지골(趾骨) 또는 지골(指骨)---------- ---- 70,000 원

다. 완전골절

두개골 ---------- 910,000 원

대퇴부 ---------- 840,000 원

상박(팔꿈치와 어깨사이) ---------- 840,000 원

골반 ---------- 700,000 원

어깨뼈 ---------- 560,000 원

다리 ---------- 560,000 원

슬개골 ---------- 560,000 원

쇄골(빗장뼈) ---------- 420,000 원

전박(손목과 팔꿈치사이) ---------- 420,000 원

족(지골(趾骨) 제외) ---------- 350,000 원

손(손가락 제외) ---------- 350,000 원

아래턱(치조돌기 제외) ---------- 210,000 원

한 개 이상의 늑골(갈비뼈)(肋骨), 지골(指骨) 또는 지골(趾骨) --- 140,000 원

④ 피보험자가 보험금을 받을 수 있는 기간 중 다시 보험금에 해당하는 상해를 입었을지라도 회사는 보험금을 중복하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

실업손해보상금보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 계약일부터 그 날을 포함하여 ( )일(( )일은 180 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날(이하 “보장개시일” 이라 합니다) 이후에 직업을 잃고, 직업을 잃은 날(이하 “퇴직일” 이라 합니다) 이후에 고용보험법에 의해 신규수급자의 자격을 인정받아 실업 급여를 지급받은 때에는 이 특별약관 보험가입금액 전액을 실업손해보상금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 정한 신규수급자란 실업급여 수급자 중에서 최초로 실업급여를 받은 수급자를 말합니다.

③ 제 1 항의 경우 퇴직일은 보장개시일 이후에 발생한 최초의 퇴직일을 기준으로 하며, 계약일은 제 1 회 보험료를 받은 날로 합니다.

④ 제 1 항의 실업손해보상금은 피보험자가 신규수급자의 자격을 인정받은 때마다 지급합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 피보험자가 아래의 사유로 직업을 잃어 고용보험법에 의해 실업급여를 지급받지 못하는 경우에는 제 1 조(보상하는 손해)에서 정한 실업손해보상금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 직장을 스스로 그만 두었을 경우
2. 형법 직무관련법을 위반 또는 불법쟁의 행위를 이유로 금고 이상의 형을 받고 해고된 경우
3. 공금횡령, 회사기밀누설, 기물파괴, 허위서류작성 등으로 고용회사에 막대한 손실을 끼쳐 해고된 경우
4. 기타 고용보험법에 의해 실업급여를 지급받지 못한 경우

제 3 조(피보험자의 자격)

이 특별약관에서 정하는 피보험자는 고용보험에 가입된 근로자를 말합 니다.

제 4 조(보험금의 청구시)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 실업급여 수령 입증서류(고용보험 수급자격자증, 실업급여를 수령한 통장 사본 등)
3. 퇴직증명서 또는 퇴직일을 증명할 수 있는 서류
4. 그 밖의 필요한 증거자료

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통상해입원위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 다음 각 호의 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 보험증권에 기재된 ( ) 일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에 이 특별약관 보험가입금액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 상해

② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 다만, 최종퇴원일로부터 180 일이 지나고 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.

③ 제 1 항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계 및 농업기계 (다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

제 2 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의

원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해입원위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 보험증권에 기재된 ( )일이상 입원하여 치료를 받은 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 1 항의 보험가입금액 전액을 보상하여 드립니다.

③ 동일한 상해의 치료를 목적으로 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 다만 최종퇴원일로부터 180 일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 2 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원에 ( )일이상 입원하여 치료를 받은 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험가입금액 전액을 보상하여 드립니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 선천성 뇌질환
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 제 1 항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제 4 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조(준용규정)

① 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관를 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

⊙ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

장애발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 장애인복지법 시행령 제 2 조(장애인의 종류 및 기준)에서 정한 【별표 27】장애인의 장애정도표에 따라 장애인이 된 경우 아래와 같이 이 특별약관의 보험가입금액을 피보험자에게 보험금으로 지급합니다.

장애정도	지급금액
장애의 정도가 심한 장애인	( )만원
장애의 정도가 심하지 않은 장애인	( )만원

※용어의 정의※

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

· 질병: 보험기간 중에 진단확정된 질병을 말합니다.

② 제 1 항의 장애정도 판정은 보건복지부가 고시한 장애정도판정기준을 따릅니다. 다만 보험기간 전 이미 장애를 가지고 있는 경우에는 보험기간중에 발생한 상해나 질병으로 인한 추가 장애에 대해서만 장애정도를 인정합니다.

③ 피보험자가 동일한 상해나 질병을 직접적인 원인으로 둘 이상의 장애정도를 중복으로 판정받는 경우, 회사는 장애의 개수에 상관없이 더 높은 정도에 해당하는 보험금만 1 회 지급합니다.

④ 제 3 항에도 불구하고 피보험자가 동일한 상해나 질병을 직접적인 원인으로 하여 정도가 심하지 않은 장애를 둘 이상 가진 장애인은 보건복지부장관이 고시하는 바에 따라 장애의 정도가 심한 장애인으로 판단합니다.

⑤ 제 4 항에도 불구하고 아래와 같은 경우에는 중복장애로 합산 판정할 수 없습니다.

1. 지체장애와 뇌병변장애가 중복된 경우
2. 정신지체장애와 발달장애가 중복된 경우
3. 기타 장애부위가 동일하거나 장애성격이 중복되어 중복장애로 합산 판정하는 것이 타당하지 않은 것으로 보건복지부장관이 정하는 경우

⑥ 피보험자에게 지급사유가 다른 상해나 질병을 직접적인 원인으로 지급사유가 2 회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 제 1 항부터 제 5 항에 따라 보험금을 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해사망보장 특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간중에 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된 「업무상의 재해」 중 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1 년이내에 사망하거나 피보험자가 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된 「업무상의 재해」 중 질병 또는 공무원연금법 제 25 조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」으로 보험기간중에 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 산업재해사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다. 단, 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 유족급여를 지급한 경우에만 산업재해사망보험금을 지급합니다.

② 제 1 항의 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따르며, 제 1 항의 공무원연금법 제 25 조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 2 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제 2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 16 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 피보험자에 대하여 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해질병사망보장 특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된 「업무상의 재해」 중 질병 또는 공무원연금법 제 25 조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」으로 보험기간중에 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 산업재해질병사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다. 단, 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 유족급여를 지급한 경우에만 산업재해질병사망보험금을 지급합니다.

② 제 1 항의 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따르며, 제 1 항의 공무원연금법 제 25 조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 2 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제 2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 피보험자에 대하여 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해상해사망보장 특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간중에 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된 「업무상의 재해」 중 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 산업재해상해사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다. 단, 근로복지공단이 유족급여를 지급한 경우에만 산업재해상해사망보험금을 지급합니다.

② 제 1 항의 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따릅니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 피보험자에 대하여 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해장해보장 특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간중에 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된 「업무상의 재해」중 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 「산업재해보상보험법 시행령 별표 6 신체장해등급표」」에서 정한 제 1 급~제 14 급 장해(이하 「장해」라 합니다)상태가 되어, 사고일로부터 1 년 이내에 산업재해보상보험법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 장해급여대상자로 판정한 경우, 다음과 같이 산업재해장해보험금을 지급합니다.

장 해 등 급	지 급 액
1 급 ~2 급	특약 보험가입금액의 ()%
3 급 ~5 급	특약 보험가입금액의 ()%
6 급 ~8 급	특약 보험가입금액의 ()%
9 급 ~11 급	특약 보험가입금액의 ()%
12 급 ~14 급	특약 보험가입금액의 ()%

② 회사는 이 특별약관에 따라 보험기간중에 피보험자가 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된 「업무상의 재해」중 질병으로 진단확정되고 「산업재해보상보험법 시행령 별표 6 신체장해등급표」」에서 정한 제 1 급~제 14 급 장해(이하 「장해」라 합니다)상태가 되어, 보험기간중 산업재해보상보험법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 장해급여대상자로 판정한 경우에는 다음과 같이 산업재해장해급여금을 지급합니다.

장 해 등 급	지 급 액
1 급 ~2 급	특약 보험가입금액의 ()%
3 급 ~5 급	특약 보험가입금액의 ()%
6 급 ~8 급	특약 보험가입금액의 ()%
9 급 ~11 급	특약 보험가입금액의 ()%
12 급 ~14 급	특약 보험가입금액의 ()%

③ 피보험자가 보험기간중에 공무원연금법 제 25 조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」으로 진단확정되고 「공무원연금법 시행령 별표 2 장애등급」에서 정한 제 1 급~제 14 급 장해상태가 되어, 보험기간중 공무원연금관리공단이 장해급여대상자로 판정한 경우에도 제 2 항과 같이 산업재해장해보험금을 지급합니다.

④ 제 1 항 내지 제 3 항에 규정한 장해급여대상자의 판정일은 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 발급한 장해결정통보서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.

⑤ 제 1 항 내지 제 3 항에 규정한 산업재해장해보험금의 지급사유가 다른 「업무상의 재해」 중 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 하여 2 회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 산업재해장해보험금을 드립

니다. 그러나 그 장해가 이미 산업재해장해보험금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 산업재해장해보험금에서 이미 지급한 산업재해장해보험금을 뺀 금액을 드립니다.

⑥ 제 2 항 및 제 3 항에서 정한 「업무상의 재해」 중 질병 또는 「공무로 인한 질병」으로 보험기간 이전에 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단으로부터 장해등급 판정을 받아 장해급여가 지급된 후, 동일한 질병을 원인으로 장해상태가 더 악화되어 제 2 항 및 제 3 항에서 정한 보험기간중에 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해등급이 판정되어 장해급여를 지급받은 경우, 보험기간중 장해급여를 지급받은 악화된 장해등급에 해당하는 산업재해질병장해보험금에서 보험기간 이전의 장해등급에 특약보험가입금액을 곱한 금액을 뺀 금액을 드립니다.

⑦ 산업재해장해보험금의 지급한도는 통산하여 특약보험가입금액의 100%로 합니다.

⑧ 제 1 항에도 불구하고 제 1 항의 상해로 인해 사고일로부터 1 년 이내에 장해급여가 지급되지 않은 경우에는, 그 이후 근로복지공단의 장해급여 지급일을 기준으로 하여 이 특별약관에서 산업재해장해보험금을 지급합니다.

⑨ 제 1 항 및 제 2 항의 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따르며, 제 3 항의 공무원연금법 제 25 조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제 2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해질병장해보장 특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간중에 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된 「업무상의 재해」중 질병으로 진단확정되고 「산업재해보상보험법 시행령 별표 6 신체장해등급표」에서 정한 제 1 급~제 14 급 장해(이하 「장해」라 합니다)상태가 되어, 보험기간중 산업재해보상보험법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 장해급여대상자로 판정한 경우에는 다음과 같이 산업재해질병장해급여금을 지급합니다.

장 해 등 급	지 급 액

1 급 ~ 2 급	특약 보험가입금액의 100%
3 급 ~ 5 급	특약 보험가입금액의 70%
6 급 ~ 8 급	특약 보험가입금액의 50%
9 급 ~ 11 급	특약 보험가입금액의 30%
12 급 ~ 14 급	특약 보험가입금액의 10%

② 피보험자가 보험기간중에 공무원연금법 제 25 조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」으로 진단확정되고「공무원연금법 시행령 별표 2 장애등급」에서 정한 제 1 급~제 14 급 장해상태가 되어, 보험기간중에 공무원연금관리공단이 장해급여대상자로 판정한 경우에도 위 제 1 항과 같이 산업재해질병장해급여금을 지급합니다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 규정한 장해급여대상자의 판정일은 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 발급한 장해결정통보서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.

④ 제 1 항 및 제 2 항에 규정한 산업재해질병장해보험금의 지급사유가 다른 「업무상의 재해」 중 질병을 직접적인 원인으로 하여 2 회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 산업재해질병장해보험금을 드립니다. 그러나 그 장해가 이미 산업재해질병장해보험금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 산업재해질병장해보험금에서 이미 지급한 산업재해질병장해보험금을 뺀 금액을 드립니다.

⑤ 제 1 항 및 제 2 항에서 정한 「업무상의 재해」 중 질병 또는 「공무로 인한 질병」으로 보험기간 이전에 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단으로부터 장해등급 판정을 받아 장해급여가 지급된 후, 동일한 질병을 원인으로 장해상태가 더 악화되어 제 1 항 및 제 2 항에서 정한 보험기간중에 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해등급이 판정된 경우, 보험기간중에 판정된 악화된 장해등급에 해당하는 산업재해질병장해보험금에서 보험기간 이전의 장해등급에 특약보험가입금액을 곱한 금액을 뺀 금액을 드립니다.

⑥ 산업재해질병장해보험금의 지급한도는 통산하여 특약보험가입금액의 100%로 합니다.

⑦ 제 1 항의 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따르며. 제 2 항의 공무원연금법 제 25 조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제 2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

의사상자상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 보험기간중 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 직무외의 행위로 타인의 생명, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다) 또는 재산의 급박한 피해를 구제하다가 신체에 상해를 입어 '의사상자예우에관한법률' 및 동법시행령의 규정에 따라 의사상자로 판정되는 경우 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(손해의 보상)

이 특별약관의 보험금액은 '의사상자예우에관한법률' 및 동법시행령의 규정에 의거 정부가 지급하는 금액으로 합니다. 단, 해당금액이 연도별로 변경되는 경우 계약시점의 정부지급기준금액으로 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 자원봉사활동을 하는 동안 상해로 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이란 다음을 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함합니다. 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로로 통행중

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동
③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동
⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동
⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동
⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 상해입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받았을 경우에 입원일로부터 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.

② 제 1 항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

③ 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 180 일을 한도로 제 1 항의 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

④ 보험자(보험대상자)가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 180 일 이내에 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제 2 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동
③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동
⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동
⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동
⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

⊙ 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

⊙ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

자원봉사활동중 교통상해입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 다음 각 호의 상해의 그 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 ( )일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에 ( )일째 입원일로부터 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.

1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 상해

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 항의 교통상해입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스 컬레이터, 모노레일
2. 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거.
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계 및 농업기계 (다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

④ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

⑤ 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동

③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

⊙의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

⊙이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

자원봉사활동중 질병입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.)에 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다.)하여 치료를 받은 때에는 이 특약에 따라 최고 180 일을 한도로 입원 1 일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 자원봉사활동중에 발생한 질병을 직접원인으로 하여 보험기간 만료후 30 일 이내에 병원 또는 의원에 입원하였을 경우에도 동일하게 보상하여 드립니다.

② 제 1 항의「자원봉사활동을 하는 동안」이란 다음을 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함합니다.이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로로 통행중

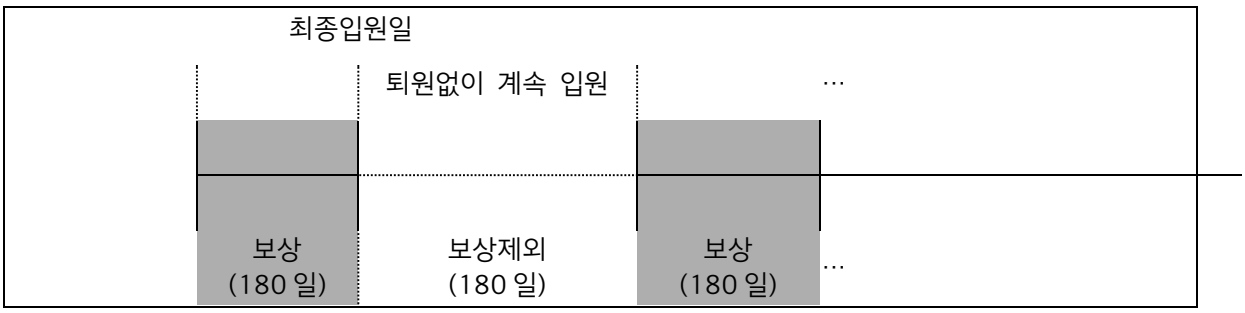
제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

② 제 1 항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

※ 보상기간 예시 ※

최초입원일	입원일당이 지급된	보상재개



③ 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 질병입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 선천성 뇌질환
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 제 1 항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제 4 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동　② 환경보호분야에 관한 봉사활동
③ 교육분야에 관한 봉사활동　④ 소비자 보호에 관한 봉사활동
⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동　⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동　　⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동　　⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

⊙ 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

⊙ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

자원봉사활동중 배상책임보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 발생된 아래의 보험사고로 제 3 자의 신체의 장해 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상하여 드립니다.

② 회사가 1 사고당 보상하는 손해는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자가 제 5 조(손해방지의무) 제 1 항 제 1 호의 방법을 조사하여 구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용

나. 피보험자가 제 5 조(손해방지의무) 제 1 항 제 2 호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

[용어해설]
<공탁보증보험료>
가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료

마. 피보험자가 제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제 2 항 및 제 3 항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

③ 제 1 항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이란 다음을 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함합니다.이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로로 통행중

제 2 조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 또는 피보험자의 고의

2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임

3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임

4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임

5. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임

6. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

7. 제 6 호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해

8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임

9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임

10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

[용어해설]

<징벌적 손해>

민사상 가해자가 피해자에게 "악의를 가지고" 또는 "무분별하게" 재산 또는 신체상의 피해를 입힐 목적으로 불법행위를 행하여 발생한 손해

11. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임

12. 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임

13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(장해로 인한 사망을 포함합니다.)에 기인하는 배상책임

14. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임

15. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임

16. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.

17. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임

18. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임

19. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다.), 총기(공기총은 제외합니다.)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임

20. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.

21. 불법행위 또는 폭력행위에 기인하는 배상책임

제 3 조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금 지급을 청구할 수 있습니다.

제 4 조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 이를 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제 1 항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제 1 항 제 3 호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송,중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 위 제 1 항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제 10 조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제 1 호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제 6 조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1 회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금(2 만원)은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제 1 조(보상하는 손해) 제 1 호의 손해배상금 : 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제 1 호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

② 회사가 제 1 항에 의하여 보상을 한 경우에는 보험가입금액(보상한도액)에서 그 보상액을 뺀 잔액을 나머지 보험기간에 대한 보험가입금액(보상한도액)으로 합니다.

제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자로부터 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 손해배상액의 전부 또는 일부를 피해자에게 지급하지 않아도 되는 사유가 있는 경우에는 그에 해당하는 보험금의 지급을 거절할 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 보험계약자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 보험계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제 2 항, 제 3 항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인해 늘어난 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 8 조(보험금의 분담)

① 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제 1 항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

[예시안내]

<비례분담예시 1>
손해액이 1,000,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원
B 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원
A 사, B 사 보상책임액의 합계액(1,600,000 원)이 실제 입은 손해액(1,000,000 원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

A 사 = 1,000,000 X 800,000/1,600,000 = 500,000 원
B 사 = 1,000,000 X 800,000/1,600,000 = 500,000 원

<비례분담예시 2>
손해액이 300,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원
B 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

[용어해설]
<의무보험>
가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제 9 조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제 3 자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권

2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제 1 항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요청하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제 1 항, 제 2 항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제 10 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동

③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 상해통원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해의 직접결과로써 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 통원하여 치료를 받은 경우 통원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 통원일당으로 지급합니다. 다만, 통원일당의 지급일수는 30 일 한도로 합니다.

② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속중인 통원치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 30 일을 한도로 제 1 항의 통원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2 회 이상 통원치료시 1 회의 외래로 간주하여 제 1 항 및 제 4 항 1 호를 적용합니다.

④ 제 1 항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원일당은 보상하여 드리지 않습니다.

1. 수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
2. 계약자의 고의

3. 피보험자의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

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

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동
③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동
⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동
⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동
⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 골절수술위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해에 입은 상해로 골절분류표(【별표 14】 참조)에 정한 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에 수술 1 회당 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다.

② 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중

2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안

3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

③ 제 1 항에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>
의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동

③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

⊙ 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

⊙ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

자원봉사활동중 골절진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해로 골절분류표(【별표 14】 참조)에 정한 골절로 진단확정시에 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 단, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1 회에 한하여 지급합니다.

② 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중

2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안

3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동

③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 골절진단(치아파절제외)보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해로 골절분류표(【별표 14】 참조)에 정한 골절(“치아파절” 제외)로 진단확정시에 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 단, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1 회에 한하여 지급합니다.

② 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(치아파절의 정의)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 치아파절이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 치아의 파절 및 파절치(분류코드 S02.5)에 해당하는 상병을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동

③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 폭력피해발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 아래에서 정한 범죄에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우에는 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 형법 제 25 장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
2. 형법 제 38 장에서 정하는 강도죄
3. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 "폭처법" 이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

② 제 1 항 제 1 호, 제 3 호에 정한 범죄의 경우에는 피보험자가 해당 범죄에 의하여 사망하거나 1 개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해에 한합니다.

③ 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 "폭처법" 제 4 조(단체등의 구성·활동)의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
2. 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동

③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 화상수술위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중에 자원봉사활동을 하는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고 (이하 "사고"라 합니다)로 인하여 【별표 15】에 정한 화상으로 진단확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에 수술 1 회당 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 수술을 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다.

② 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제 1 항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제 1 항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

[예시안내]

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술

- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동

③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

⊙ 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

⊙ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

자원봉사활동중 화상진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 "사고"라 합니다)로 인하여 화상으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 2 가지 이상의 화상상태인 경우에도 1 회에 한하여 지급합니다.

② 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

③ 제 1 항에서 "화상"이라 함은 【별표 15】의 화상분류표에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2 도 이상의 화상을 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⦿ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동

③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 익사사고사망보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 급격하고도 우연한 익사사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일부터 1 년 이내에 사망하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 익사사고사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 익사사고란 피보험자가 수영중 또는 다이빙중에 사망하는 사고와 기타 태풍, 홍수, 선박침몰, 실족사고 등으로 강, 하천, 바다 등에 빠져 사망하는 사고를 말합니다.

③ 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중탈구,신경손상,압착손상진단비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표 28】탈구,신경손상,압착손상 분류표에 정한 탈구, 신경손상, 압착손상으로 진단 확정되었을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 탈구,신경손상,압착손상진단비로 지급합니다.

② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

③ 동일한 사고를 직접적인 원인으로 하여 복합적인 탈구,신경손상,압착손상 진단시에는 탈구,신경손상,압착손상 진단비를 1 회에 한하여 지급합니다.

④ 제 1 항에서 탈구,신경손상,압착손상의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

⑤ 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 외상성절단진단비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표 29】외상성 절단 분류표에 정한 외상성절단으로 진단확정되었을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 외상성절단진단비로 지급합니다.

② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

③ 동일한 사고를 직접적인 원인으로 하여 복합적인 외상성절단 진단시에는 외상성절단진단비를 1 회에 한하여 지급합니다.

④ 제 1 항에서 외상성절단의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

⑤ 피보험자가 치아파절 및 치아발치 등의 치아손상을 입은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 성폭력범죄발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간중에 자원봉사활동을 하는 동안 피보험자에게 다음 각 호에서 정하는 성폭력범죄로 피해가 발생(이하 「성폭력범죄피해의 발생」이라 합니다)하였을 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 형법 제 32 장 강간과 추행의 죄 중

제 297 조(강간), 제 298 조(강제추행), 제 299 조(준강간, 준강제추행), 제 300 조(미수범), 제 301 조(강간 등 상해·치상), 제 301 조의 2(강간 등 살인·치사), 제 302 조(미성년자등에 대한 간음), 제 303 조(업무상위력 등에 의한 간음), 제 305 조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄

2. 형법 제 339 조(강도강간)의 죄

3. 성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호 등에 관한 법률(이하 「성폭력특별법」이라 합니다)의 성폭력범죄 중

제 5 조 특수강도강간 등, 제 6 조 특수강간 등, 제 7 조 친족관계에 의한 강간 등, 제 8 조 장애인에 대한 간음 등, 제 8 조의 2 13 세미만의 미성년자에 대한 강간, 추행 등, 제 9 조 강간 등 상해·치상, 제 10 조 강간 등 살인·치사, 제 11 조 업무상 위력 등에 의한 추행, 제 12 조 공중밀집장소에서의 추행

② 제 1 항의 「성폭력범죄피해의 발생」이라 함은 피해자 신고나 제 3 자 신고, 고소, 고발 등을 경찰관이 접수하여 수사를 진행한 후 검사에 의해 공소제기 즉 기소된 경우(약식기소의 경우를 포함합니다) 또는 경찰관의 수사결과 성폭력범죄의 발생사실은 명백하나 범인을 검거하지 못한 경우를 말합니다.

※용 어 풀 이※

1. 공소제기

검사가 사법경찰관으로부터 송치 받은 사건이나 직접 인지 등으로 수사한 사건에 대하여 피의자가 재판을 받음이 마땅하다고 판단되는 경우에 이를 법원에 회부하게 되는데 이를 공소제기 또는 기소라 함

2. 약식기소

검사가 피의자에 대하여 징역형이나 금고형에 처하는 것보다 벌금형에 처함이 상당하다고 생각되는 경우에는 기소와 동시에 법원에 대하여 벌금형에 처해달라는 뜻의 약식명령을 청구할 수 있는데 이를 약식기소라 함

③ 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중

2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안

3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)에도 불구하고 그 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 아래의 성폭력범죄에 의하여 피해가 발생한 경우만을 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자 및 피보험자의 고의에 의한 성폭력범죄

2. 보험수익자의 고의에 의한 성폭력범죄. 그러나 보험수익자가 두사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.

3. 피보험자의 뇌질환으로 생긴 성폭력범죄

4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동　⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 성폭력범죄상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 다음 각호에서 정하는 성폭력범죄로 피해가 발생(이하 「성폭력범죄피해의 발생」이라 합니다)하여 1 개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입었을 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 형법 제32장 강간과 추행의 죄 중
   제297조(강간)
   제298조(강제추행)
   제299조(준강간, 준강제추행)
   제300조(미수범)
   제301조(강간 등 상해·치상)
   제301조의2(강간 등 살인·치사)
   제302조(미성년자등에 대한 간음)
   제303조(업무상위력 등에 의한 간음)
   제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄

2. 형법 제339조(강도강간)의 죄

3. 성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호 등에 관한 법률(이하 「성폭력특별법」이라 합니다)의 성폭력범죄 중
   제5조 특수강도강간 등
   제6조 특수강간 등
   제7조 친족관계에 의한 강간 등
   제8조 장애인에 대한 간음 등
   제8조의2 13세미만의 미성년자에 대한 강간, 추행 등
   제9조 강간 등 상해·치상
   제10조 강간 등 살인·치사
   제11조 업무상 위력 등에 의한 추행
   제12조 공중밀집장소에서의 추행

② 제 1 항의 「성폭력범죄피해의 발생」이라 함은 피해자 신고나 제 3 자 신고, 고소, 고발 등을 경찰관이 접수하여 수사를 진행한 후 검사에 의해 공소제기 즉 기소된 경우(약식기소의 경우를 포함합니다) 또는 경찰관의 수사결과 성폭력범죄의 발생사실은 명백하나 범인을 검거하지 못한 경우를 말합니다.

③ 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여 중

2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동장소에 있는 동안

3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

< 용 어 풀 이 >

1. 공소제기

검사가 사법경찰관으로부터 송치받은 사건이나 직접 인지 등으로 수사한 사건에 대하여 피의자가 재판을 받음이 마땅하다고 판단되는 경우에 이를 법원에 회부하게 되는데 이를 공소제기 또는 기소라 함

2. 약식기소

검사가 피의자에 대하여 징역형이나 금고형에 처하는 것보다 벌금형에 처함이 상당하다고 생각되는 경우에는 기소와 동시에 법원에 대하여 벌금형에 처해달라는 뜻의 약식명령을 청구할 수 있는데 이를 약식기소라 함

3. 자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동
③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동
⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동
⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동
⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에도 불구하고 그 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 아래의 성폭력범죄에 의하여 피해가 발생한 경우만을 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자 및 피보험자의 고의에 의한 성폭력범죄
2. 보험수익자의 고의에 의한 성폭력범죄. 그러나 보험수익자가 두사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.
3. 피보험자의 뇌질환으로 생긴 성폭력범죄
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 상해흉터성형수술비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해사고로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.) 등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 “안면부”, “상지”, “하지”에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다.)의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일부터 2 년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(다만, 사고발생시점 만 15 세 미만자의 경우 부득이 사고일부터 2 년 경과후에 성형수술이 가

능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.)을 받은 경우에는 이 특별약관에 따라 아래의 금액을 상해흉터성형수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	안 면 부	상 지 · 하 지
지급금액	수술 1cm 당 14 만원	수술 1cm 당 7 만원 (단, 3cm 이상의 경우에 한함)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술 cm 는 최장 직경으로 함

② 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(안면부 등의 정의)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 "안면부", "상지", "하지"라 함은 다음을 말합니다.

1. "안면부"란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. "상지"란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. "하지"란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 말하며 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 상해흉터성형수술비는 하나의 사고에 대하여 500 만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2 회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 4 조(수술의 정의와 장소)

이 특약에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 강력범죄발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 아래에 정한 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 형법 제 24 장에서 말하는 살인죄
2. 형법 제 25 장에서 말하는 상해와 폭행의 죄
3. 형법 제 32 장에서 말하는 강간과 추행의 죄 중 강간죄
4. 형법 제 38 장에서 말하는 강도죄
5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 “폭처법” 이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

② 제 1 호의 살인, 제 2 호의 상해 및 폭행 및 제 5 호의 폭력등의 경우에는 사망하거나 1 개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상하여드립니다.

③ 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 "폭처법" 제 4 조(단체등의 구성·활동)의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
2. 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 3 조(보험금의 청구시)

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에 는 다음의 서류를 제출하여야 합니다

1. 사건신고확인원(관할 경찰서장 발행)
2. 의사진단서
3. 청구서(회사양식)
4. 사고증명서(그러나 이를 얻기 어려울 때에는 사고발생의 목격자 등 인근 주민의 확인서)
5. 그밖에 필요한 증거자료

② 회사는 필요한 경우에는 피보험자 또는 그와 세대를 같이 하는 친족 등을 대상으로 사고상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 유괴 · 인신매매피해발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 약취와 유인의 죄(형법 제 31 장 제 287 조(미성년자의 약취, 유인), 제 288 조(추행 등 목적 약취, 유인 등), 제 289 조(인신매매)에 의해 피해자가 된 경우에 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 피보험자가 원인이 불명확한 실종 및 행방불명이 된 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 의사상자상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간중 자원봉사활동을 하는 동안 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 직무외의 행위로 타인의 생명, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다) 또는 재산의 급박한 피해를 구제하다가 신체에 상해를 입어 '의사상자예우에관한법률' 및 동법시행령의 규정에 따라 의사상자로 판정되는 경우 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(손해의 보상)

이 특별약관의 보험금액은 '의사상자예우에관한법률' 및 동법시행령의 규정에 의거 정부가 지급하는 금액으로 합니다. 단, 해당금액이 연도별로 변경되는 경우 계약시점의 정부지급기준금액으로 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 식중독입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 자원봉사활동을 하는 동안 식중독이 발생하여, 그 식중독의 치료를 직접적인 목적으로 4 일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4 일째 입원일부터 입원 1 일당 이 특약의 보험가입금액을 피보험자에게 식중독입원급여금으로 지급합니다. 다만, 식중독입원급여금의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 한도로 합니다.

② 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(식중독의 정의)

이 특약에서 "식중독"이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써【별표 13】"식중독 분류표"에 해당하는 질병을 말합니다.

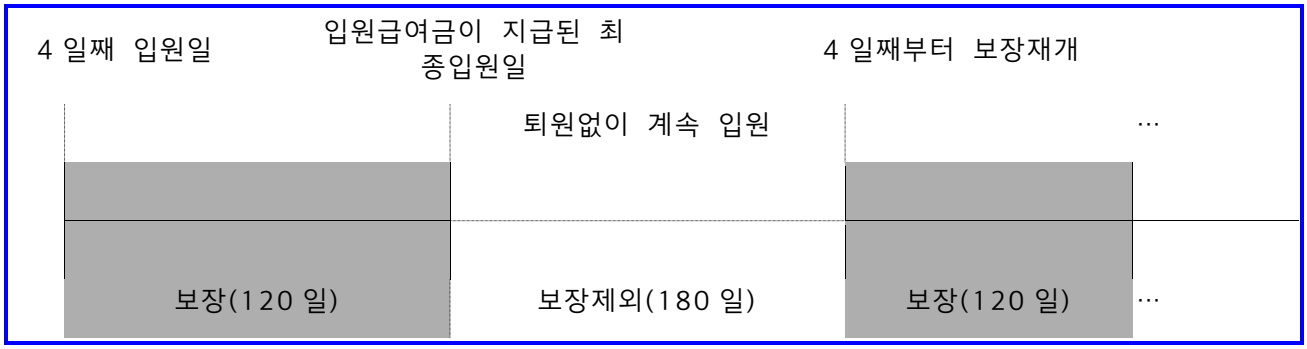
제 3 조(입원의 정의와 장소)

이 특약에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 식중독의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 "식중독"의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 "식중독"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "식중독"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "식중독"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "식중독"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "식중독"으로 진단된 경우에는 이는 "식중독"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 식중독의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 이를 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 식중독에 대한 입원이라도 식중독입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 식중독입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 식중독입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 이 특약에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 "식중독"으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 식중독입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 식중독입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 특정전염병발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 특정전염병에 감염되어 전염 환자로 진단 받아 치료를 받은 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에 게 지급합니다.

② 제 1 항의 특정전염병이라 함은【별표 16】특정전염병분류표에서 정한 질병을 말합니다.

③ 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 뇌 · 내장수술보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해의 직접결과로써 "뇌손상" 또는 "내장손상"을 입고 사고일부터 180 일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술" 또는 "개복(開腹)수술"을 받은 경우에는 아래의 금액을 최초 1 회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
뇌내장수술 보험금	상해로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일부터 180일 이내에 개두 · 개흉 · 개복수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

② 제 1 항의 상해라 함은 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

③ 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(뇌손상 등의 정의)

① 이 특약에서 "뇌손상"이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표 30】 뇌 · 내장손상 분류표에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

② 이 특약에서 "내장손상"이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 【별표 30】 뇌 · 내장손상 분류표에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

③ 이 특약에서 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"로 보지 않습니다.

1. "개두(開頭)수술"이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
2. "개흉(開胸)수술"이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동(세로칸), 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
3. "개복(開腹)수술"이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

제 3 조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제 4 조(특약의 소멸)

피보험자에게 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항에서 정한 뇌 · 내장수술보험금을 지급한 경우에는 그 보험금 지급사유의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 자연재해사망(일사병, 열사병 포함)보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 국내에서 발생한 자연재해로 인하여 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 "자연재해"라 함은 재난 및 안전관리 기본법 제3조(정의) 제1호 가목에서 정의된 "자연재난" 및 "열사병 및 일사병"으로 아래의 사고를 말합니다.

1. 태풍
2. 홍수
3. 호우

4. 강풍
5. 풍랑
6. 해일
7. 대설
8. 낙뢰
9. 가뭄
10. 지진
11. 황사
12. 조류 대발생
13. 조수
14. 화산활동
15. 열사병 및 일사병(한국표준질병사인분류표 상 T67.0)
16. 소행성•유성체 등 자연우주물체의 추락•충돌

③ 제2항의 "자연재난"에 의한 사망은 재난 및 안전관리 기본법 시행규칙 제5조(재난상황의 보고 등)에 의해 보고된 경우에 한합니다.

④ 제1항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함합니다. 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로로 통행중

< 용 어 풀 이 >

자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동
③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동
⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동
⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동
⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
⑪ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생할 경우를 포함합니다.

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

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 자연재난사망시, 재난 및 안전관리 기본법 시행규칙 제5조(재난상황의 보고 등)에 의한 보고자료
2. 청구서(회사 양식)
3. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인 이 아닌자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 골절진단(1~5 종)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 자원봉사활동을 하는 동안 발생한 상해의 직접결과로써 골절(1~5종)분류표([별표46]참조)에 정한 골절로 진단확정시에 골절 종류에 따라 보험증권에 기재된 해당 종별 보험가입금액 전액을 보험금으로 지급합니다.

② 제1항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1.자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함합니다. 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
2.자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동장소에 있는 동안
3.자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로로 통행 중

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절이 발생한 경우에는 가장 높은 종에 해당하는 골절을 기준으로 지급하여 드립니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

[용어해설]

<자원봉사활동>

자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동
③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동
⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동
⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동
⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
⑪ 위 ①~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 상해수술동반 입원일당(2 일이상 20 일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 자원봉사활동을 하는 동안 발생한 상해로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하"수술동반 입원"이라 합니다) 최초 입원일의 다음날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 20일을 한도로 합니다.

1. 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 상해의 직접결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받는 경우
3. 상기 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

② 제1항의"수술"은 같은 상해로2종류 이상의 상해 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.

③ 제1항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1.자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함합니다. 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
2.자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동장소에 있는 동안
3.자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로로 통행 중

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 수술 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를1회 수술동반 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술동반 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 입원일당을 계속 지급하여 드립니다.

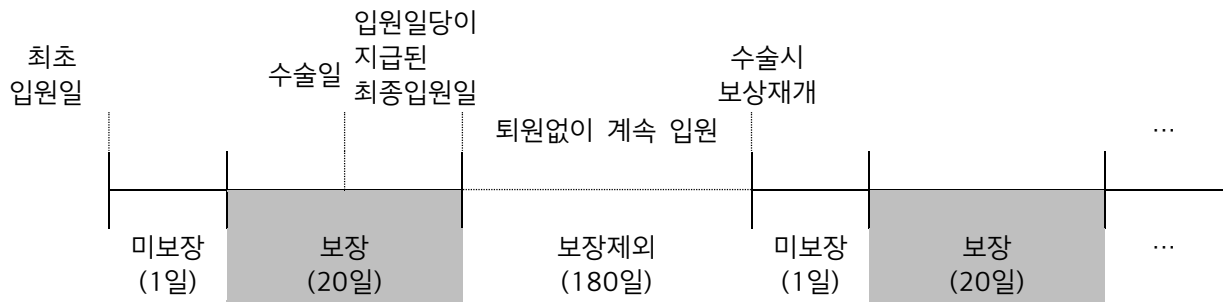
③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지않습니다.

④ 피보험자가 최초의 수술동반 입원 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 수술동반 입원한 것으로 보아 각

입원일수를더합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 수술동반 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여개시한 수술동반 입원은 새로운 수술동반 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

※ 보상기간 예시 ※



⑥ 수술이 입원기간동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일 이전180일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 수술이며, 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1항 내지 제5항에 따라 입원일당을 지급합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하"의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 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)차단(NERVE BLOOK)은 제외합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

[용어해설]

<자원봉사활동>

자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동
③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동
⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동
⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동
⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
⑪ 위 ①~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 3 대장애발생보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 자원봉사활동을 하는 동안 발생한 상해 또는 질병으로 인하여 시각장애, 청각장애, 언어장애 중 하나 이상의 장애(이하 "3대 장애"라 합니다)가 발생하고 장애인 복지법 시행령 제2조에 정한 장애인(시각장애인, 청각장애인, 언어장애인을 말합니다.【별표27】참조)이 된 경우 이 특별약관 가입금액을 최초 1회에 한하여 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가3대 장애중 동시에 두 종류 이상의 장애가 발생하여 장애인이 된 경우에도 하나의 장애로 인한 보험금만 지급합니다.

※ 용어의 정의 ※

· 상해: 보험기간 중 자원봉사활동을 하는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다.

· 질병: 보험기간 중 자원봉사활동을 하는 동안 발생한 질병을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장

개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 선천적 장애

제 4 조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 장애인 등록증
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)

② 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제 1 항 제 3 호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제 4 조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.

[관련법규]

※ 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분

- 의원급 의료기관 : 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- 병원급 의료기관 : 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원
- 조산원 : 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

[용어해설]

<자원봉사활동>

자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동
③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동
⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동
⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동
⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
⑪ 위 ①~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 화상진단보장(표재성 2 도이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 "사고"라

합니다)로 인하여 화상으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 2가지 이상의 화상상태인 경우에도 1회에 한하여 지급합니다.

② 제1항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여 중
2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

③ 제1항에서 "화상"이라 함은 【별표15】(화상 분류표)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 2도 이상(표재성, 심재성을 포함합니다)에 해당하는 화상을 말합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

[용어해설]

<자원봉사활동>

자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동
③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동
⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동
⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동
⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
⑪ 위 ①~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

마라톤대회중상해보장 특별약관(대회당)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 마라톤대회 참가중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 마라톤대회 참가중에 상해로 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 마라톤대회 참가중이라 함은 마라톤대회 당일 주자로 참가해서 연습 및 마라톤대회를 마치고 해산하기 전까지를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

마라톤대회중특정질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관(대회당)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 마라톤대회 참가중에 마라톤관련특정질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)
2. 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 마라톤대회 참가중에 마라톤관련특정질병이 치유된 후 직접결과로써 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 "후유장해"라 합니다.)되어 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

② 제 1 항의 마라톤대회 참가중이라 함은 마라톤대회에 주자로 출발하여 마라톤대회를 마치고 해산하기 전까지를 말합니다.

③ 제 1 항의 마라톤관련특정질병이라 함은 【별표 19】 마라톤관련특정질병분류표에서 정한 급성심근경색증, 뇌출혈, 뇌경색을 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 1 호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표 1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제 2 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나 (보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)

에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

마라톤대회중상해골절수술위험보장 특별약관(대회당)

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 마라톤대회 참가중에 상해로 【별표 14】에 정한 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1 회당 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다.

② 제 1 항에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

③ 제 1 항의 마라톤대회 참가중이라 함은 마라톤대회 당일 주자로 참가해서 연습 및 마라톤대회를 마치고 해산하기 전까지를 말합니다.

④ 제 2 항의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

<신의료기술평가위원회>
의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

마라톤대회중상해보장 특별약관(연간)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 마라톤대회 참가중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 마라톤대회 참가중에 상해로 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 마라톤대회 참가중이라 함은 마라톤대회 당일 주자로 참가해서 연습 및 마라톤대회를 마치고 해산하기 전까지를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

마라톤대회중특정질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관(연간)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 마라톤대회 참가중에 마라톤관련특정질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)
2. 보험기간 중에 마라톤대회 참가중에 마라톤관련특정질병이 치유된 후 직접결과로써 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다.)되어 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

② 제 1 항의 마라톤대회 참가중이라 함은 마라톤대회에 주자로 출발하여 마라톤대회를 마치고 해산하기 전까지를 말합니다.

③ 제 1 항의 마라톤관련특정질병이라 함은 【별표 19】 마라톤관련특정질병분류표에서 정한 급성심근경색증, 뇌출혈, 뇌경색을 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 1 호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표 1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제 2 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나 (보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

연구활동종사자사망후유장해보장 특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서 피보험자는 「대학 • 연구기관 등」에 소속되거나 관리 • 통제를 받는 보험증권에 기재된 「연구활동종사자」를 대상으로 합니다.

단, 「산업재해보상보험법」, 「공무원연금법」, 「사립학교교원연금법」 또는 「군인연금법」의 가입대상인 자는 피보험자의 범위에서 제외합니다.

② 이 특별약관에서 계약자는 보험증권에 기재된 「대학. 연구기관 등」의 「연구주체의 장」이어야 합니다.

③ 「연구활동종사자」라 함은 「대학 · 연구기관 등」에서 과학기술분야 연구개발 활동에 종사하는 연구원 · 대학생(휴학생 제외) · 대학원생(휴학생 제외) 및 연구보조원 등을 말합니다. 단, 회사와 계약자가 별도로 정한 휴학생은 포함합니다.

④ 「연구주체의 장」이라 함은 「대학 · 연구기관 등」의 대표자 또는 해당연구실의 소유자를 말합니다.

⑤ 위 제 1 항, 제 2 항의 「대학 · 연구기관 등」이라 함은 연구실 안전환경 조성에 관한 법 제 2 조에서 정한 기준에 따라 정의합니다 (이하 같습니다).

제 2 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「대학 · 연구기관 등」에서 「연구주체의 장」의 관리 · 통제하에 있는 연구활동 중 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「연구활동중 사고」라 합니다)로 발생한 상해 또는 연구활동중 사고에 의한 질병으로 사망한 경우 : 사망보험금
2. 보험기간 중에 연구활동중 사고에 의한 상해 또는 연구활동중 사고에 의한 질병으로 장해분류표(【별표24】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금

② 제1항의 「대학 · 연구기관 등 에서 연구활동」이란 아래의 경우를 말합니다.

1. 연구개발과정과 교과과정에서 직접 필요한 시험, 실험, 측정, 분석 등 이와 유사한 활동
2. 연구실험용 기계, 기구, 장치, 실험재료의 구입, 설치 및 건설 폐기 등 이와 유사한 활동

③ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 4 조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2 인 이상인 경우에는 각 대표자 1 인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1 명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2 인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

[유의사항]

<계약자가 2 명 이상인 경우>

계약자가 2 명 이상인 경우, 계약전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약채결에 따른 계약자의 의무를 연대*로 합니다.

*연대란, 어떠한 행위의 이행에 있어서, 두 사람 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 해당 의무를 이행할 의무가 있습니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

연구활동종사자의료실비보장 특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서 피보험자는 「대학・ 연구기관 등」에 소속되거나 관리・통제를 받는 보험증권에 기재된 「연구활동종사자」를 대상으로 합니다.

단, 「산업재해보상보험법」, 「공무원연금법」, 「사립학교교원연금법」 또는 「군인연금법」의 가입대상인 자는 피보험자의 범위에서 제외합니다.

② 이 특별약관에서 계약자는 보험증권에 기재된 「대학・ 연구기관 등」의 「연구주체의 장」이어야 합니다.

③ 「연구활동종사자」라 함은 「대학・연구기관 등」에서 과학기술분야 연구개발 활동에 종사하는 연구원・대학생(휴학생 제외)・대학원생(휴학생 제외) 및 연구보조원 등을 말합니다. 단, 회사와 계약자가 별도로 정한 휴학생은 포함합니다.

④ 「연구주체의 장」이라 함은 「대학・연구기관 등」의 대표자 또는 해당연구실의 소유자를 말합니다.

⑤ 위 제 1 항, 제 2 항의 「대학・연구기관 등」이라 함은 연구실 안전환경 조성에 관한 법 제 2 조에서 정한 기준에 따라 정의합니다 (이하 같습니다).

제 2 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「대학・연구기관 등」에서 「연구주체의 장」의 관리・통제하에 있는 연구활동 중 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「연구활동중 사고」라 합니다)로 발생한 상해 또는 연구활동중 사고에 의한 질병으로 인하여 병원에 입원 또는 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 하나의

사고당 이 특약의 보험가입금액을 한도로 피보험자가 실제로 부담한 의료비보험금을 지급합니다.

② 제1항의 「대학・연구기관 등 에서 연구활동」이란 아래의 경우를 말합니다.
1. 연구개발과정과 교과과정에서 직접 필요한 시험, 실험, 측정, 분석 등 이와 유사한 활동
2. 연구실험용 기계, 기구, 장치, 실험재료의 구입, 설치 및 건설 폐기 등 이와 유사한 활동

③ 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

④ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원 또는 통원치료에 대하여는 제 1 항의 의료비보험금을 이 특약의 가입금액을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 1 항을 적용합니다.

⑤ 제 1 항에도 불구하고 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 않은 경우에는 실제로 부담한 의료비 총액의 50% 해당액을 보험가입금액의 한도 내에서 지급합니다.

⑥ 제 1 항 및 제 5 항에도 불구하고 아래의 각호에 해당하는 비용은 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 한약재 등의 보신용 투약비용
2. 병실료차액(상급병실과 기준병실과의 차액). 다만, 전신 화상자, 세균감염을 예방하기 위하여 격리가 필요한 환자, 심한 정신질환자 등 의사의 소견에 따라 부득이 상급병실(입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병실을 말한다.)에 입원하였을 때(병실 사정이나 환자 및 보호자의 요청에 의한 경우는 제외)에는 그 병실의 입원료를 지급합니다.
3. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용, 간병비
4. 자동차보험(공제를 포함합니다)이나 산재보험에서 보상하는 의료비. 단, 본인이 실제로 부담한 의료비는 1항에 따라 보상합니다.

⑦ 제 1 항 또는 제 5 항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 제 1 항 또는 5 항의 비용을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 의료비보험금을 지급합니다.

※용 어 풀 이※

다수계약 - 실손의료보험계약(우체국보험, 각종공제, 상해·질병·간병보험 등 제 3 보험, 생명보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험, 공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2 개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원 및 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 의료비
7. 과거에 진단 또는 치료를 받은 질병

제 4 조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2 인 이상인 경우에는 각 대표자 1 인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1 명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2 인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※
⊙ 의사
피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.
⊙ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

연구활동종사자입원일당보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서 피보험자는 「대학·연구기관 등」에 소속되거나 관리·통제를 받는 보험증권에 기재된 「연구활동종사자」를 대상으로 합니다.
단, 「산업재해보상보험법」, 「공무원연금법」, 「사립학교교원연금법」 또는 「군인연금법」의 가입대상인 자는 피보험자의 범위에서 제외합니다.

② 이 특별약관에서 계약자는 보험증권에 기재된 「대학. 연구기관 등」의 「연구주체의 장」이어야 합니다.

③ 「연구활동종사자」라 함은 「대학・연구기관 등」에서 과학기술분야 연구개발 활동에 종사하는 연구원・대학생(휴학생 제외)・대학원생(휴학생 제외) 및 연구보조원 등을 말합니다. 단, 회사와 계약자가 별도로 정한 휴학생은 포함합니다.

④ 「연구주체의 장」이라 함은 「대학・연구기관 등」의 대표자 또는 해당연구실의 소유자를 말합니다.

⑤ 위 제 1항, 제 2항의 「대학・연구기관 등」이라 함은 연구실 안전환경 조성에 관한 법 제2조에서 정한 기준에 따라 정의합니다 (이하 같습니다).

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「대학・연구기관 등」에서 연구주체의 장」의 관리・통제하에 있는 연구활동 중 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「연구활동중 사고」라 합니다)로 발생한 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)의 상해 또는 연구활동중 사고에 의한 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.)에 4일 이상 입원하여 치료를 받은 때에는 입원일로부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

② 제1항의 「대학・연구기관 등 에서 연구활동」이란 아래의 경우를 말합니다.
1. 연구개발과정과 교과과정에서 직접 필요한 시험, 실험, 측정, 분석 등 이와 유사한 활동
2. 연구실험용 기계, 기구, 장치, 실험재료의 구입, 설치 및 건설 폐기 등 이와 유사한 활동

③ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 30일을 한도로 제2조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상합니다.)
7. 과거에 진단 또는 치료를 받은 질병
8. 피보험자의 선천성 뇌질환
9. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 제1항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 상해 또는 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

⊙ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

연구활동종사자장의비보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서 피보험자는 「대학·연구기관 등」에 소속되거나 관리·통제를 받는 보험증권에 기재된 「연구활동종사자」를 대상으로 합니다.
단, 「산업재해보상보험법」, 「공무원연금법」, 「사립학교교원연금법」 또는 「군인연금법」의 가입대상인 자는 피보험자의 범위에서 제외합니다.

② 이 특별약관에서 계약자는 보험증권에 기재된 「대학. 연구기관 등」의 「연구주체의 장」이어야 합니다.

③ 「연구활동종사자」라 함은 「대학・연구기관 등」에서 과학기술분야 연구개발 활동에 종사하는 연구원・대학생(휴학생 제외)・대학원생(휴학생 제외) 및 연구보조원 등을 말합니다. 단, 회사와 계약자가 별도로 정한 휴학

생은 포함합니다.

④ 「연구주체의 장」이라 함은 「대학・연구기관 등」의 대표자 또는 해당연구실의 소유자를 말합니다.

⑤ 위 제 1항, 제 2항의 「대학・연구기관 등」이라 함은 연구실 안전환경 조성에 관한 법 제2조에서 정한 기준에 따라 정의합니다 (이하 같습니다).

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「대학・연구기관 등」에서 「연구주체의 장」의 관리・통제하에 있는 연구활동 중 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「연구활동중 사고」라 합니다)로 발생한 상해 또는 연구활동중 사고에 의한 질병으로 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 장의비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 「대학・연구기관 등 에서 연구활동」이란 아래의 경우를 말합니다.

1. 연구개발과정과 교과과정에서 직접 필요한 시험, 실험, 측정, 분석 등 이와 유사한 활동
2. 연구실험용 기계, 기구, 장치, 실험재료의 구입, 설치 및 건설 폐기 등 이와 유사한 활동

③ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

폭력피해발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에서 정한 범죄에 의하여 사망 하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우에는 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 형법 제 25 장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
2. 형법 제 38 장에서 정하는 강도죄
3. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 “폭처법” 이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

② 제 1 호, 제 3 호에 정한 범죄의 경우에는 피보험자가 해당 범죄에 의하여 사망하거나 1 개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해에 한합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 “폭처법” 제 4 조(단체등의 구성·활동)의 범죄단체 를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
2. 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

학생폭력상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 타인의 물리적 강제력에 의해 신체에 입은 상해의 직접결과로써 사망한 경우 (질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 피보험자가 타인의 물리적 강제력에 의해 신체 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금 (장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 상해에는 타인의 물리적 강제력에 의해 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물중독과 상습적으로 흡입, 흡수, 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

제 2 조(피보험자【보험대상자】의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 초·중등교육법이 정하는 각 급 학교와 유아교육법, 영유아보육법에 의해 설립된 유치원, 유아원에 재학하는 증권에 기재된 학생(원생)으로 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

학생폭력상해입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 타인의 물리적 강제력에 의해 신체에 상해에 입은 상해를 말하며, 이하 " 상해"라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에 입원일로부터 180 일을 한도로 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 그러나 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 180 일을 한도로 제 1 항의 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2 회이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

④ 제 1 항의 상해에는 타인의 물리적 강제력에 의해 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물중독과 상습적으로 흡입, 흡수, 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

제 2 조(피보험자【보험대상자】의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 초·중등교육법이 정하는 각 급 학교와 유아교육법, 영유아보육법에 의해 설립된 유치원, 유아원에 재학하는 증권에 기재된 학생(원생)으로 합니다.

제 3 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정전염병발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 특정전염병에 감염되어 전염 환자로 진단 받아 치료를 받은 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 특정전염병이라 함은【별표 16】특정전염병분류표에서 정한 질병을 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

식중독입원위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 음식물의 섭취로 인하여 중독 (이하 “식중독” 이라 합니다)이 발생하고 그 직접적인 결과로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 을 포함합니다)에서 ( )일 이상 입원하여 치료를 받은 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 식중독이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요증세로 하는 급성질환으로써【별표 13】에 해당하는 질병으로 분류되는 경우를 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

식중독입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 식중독이 발생하여, 그 식중독의 치료를 직접적인 목적으로 4 일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4 일째 입원일부터 입원 1 일당 이 특약의 보험가입금액을 피보험자에게 식중독입원급여금으로 지급합니다. 다만, 식중독입원급여금의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 한도로 합니다.

제 2 조(식중독의 정의)

이 특약에서 “식중독”이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써【별표 13】“식중독 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.

제 3 조(입원의 정의와 장소)

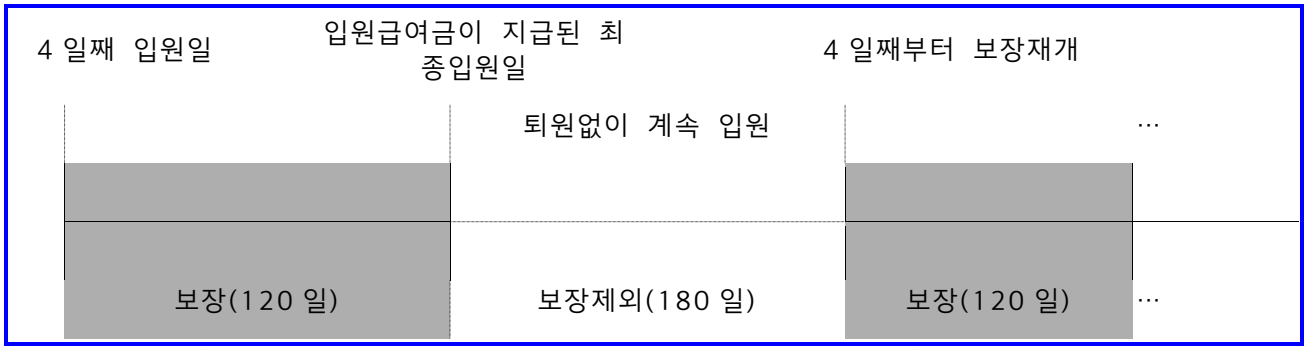
이 특약에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 식중독의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 “식중독”의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “식중독”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “식중독”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “식중독”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “식중독”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “식중독”으로 진단된 경우에는 이는 “식중독”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 동일한 식중독의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 이를 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 식중독에 대한 입원이라도 식중독입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 아래와 같이 식중독입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 식중독입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 “식중독”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 식중독입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 식중독입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제 5 조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절수술위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 【별표 14】에 정한 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에 수술 1 회당 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다.

② 제 1 항에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 골절분류표(【별표 14】 참조)에 정한 골절로 진단확정시에 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 단, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1 회에 한하여 지급합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단(치아파절제외)보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 골절분류표(【별표 14】참조)에 정한 골절("치아파절" 제외)로 진단확정시에 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 단, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1 회에 한하여 지급합니다.

제 2 조(치아파절의 정의)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 치아파절이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 치아의 파절 및 파절치(분류코드 S02.5)에 해당하는 상병을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단(1~5 종)보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 골절(1~5 종)분류표([별표 46]참조)에 정한 골절로 진단확정시에 골절 종류에 따라 보험증권에 기재된 해당 종별 보험가입금액 전액을 보험금으로 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 호의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절이 발생한 경우에는 가장 높은 종에 해당하는 골절을 기준으로 지급하여 드립니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단(치아파절 제외,1~5 종)보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 골절(치아파절 제외, 1~5 종)분류표([별표 47]참조)에 정한 골절로 진단확정시에 골절 종류에 따라 보험증권에 기재된 해당 종별 보험가입금액 전액을 보험금으로 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 호의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절이 발생한 경우에는 가장 높은 종에 해당하는 골절을 기준으로 지급하여 드립니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상수술위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고 (이하 “사고”라 합니다)로 인하여 【별표 15】에 정한 화상으로 진단확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에 수술 1 회당 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 수술을 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다.

제 2 조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제 1 항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제 1 항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

[예시안내]

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 "사고"라 합니다)로 인하여 화상으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 2 가지 이상의 화상상태인 경우에도 1 회에 한하여 지급합니다.

② 제 1 항에서 "화상"이라 함은 【별표 15】의 화상분류표에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2 도 이상의 화상을 말합니다

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상진단(표재성 2 도이상)보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다)로 인하여 화상으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 2 가지 이상의 화상상태인 경우에도 1 회에 한하여 지급합니다.

② 제 1 항에서 “화상”이라 함은 [별표 15]의 화상분류표에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 2 도 이상(표재성, 심재성을 모두 포함합니다)에 해당하는 화상을 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상진단(화상 심도별)보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

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

1. 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 화상 분류표([별표 15](화상 분류표) 참조)에 정한 화상 중 심재성 2 도의 화상(열상 포함)으로 진단확정을 받은 경우 : 보험가입금액
2. 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 화상 분류표([별표 15](화상 분류표) 참조)에 정한 화상 중 3 도 이상의 화상(열상 포함)으로 진단확정을 받은 경우 : 보험가입금액

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2 가지 이상의 화상상태인 경우에는 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 화상진단비를 지급합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상입원위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다)로 인한 화상의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 보험증권에 기재된 ( )일이상 입원하여 치료를 받은 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 1 항의 보험가입금액 전액을 보상하여 드립니다.

③ 동일한 상해의 치료를 목적으로 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 다만 최종퇴원일로부터 180 일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.

④ 제 1 항에서 “화상”이라 함은 [별표 15]의 화상분류표에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당됩니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 2 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

익사사고사망보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 익사사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일부터 1 년 이내에 사망하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 익사사고사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 익사사고란 피보험자가 수영중 또는 다이빙중에 사망하는 사고와 기타 태풍, 홍수, 선박침몰, 실족사고 등으로 강, 하천, 바다 등에 빠져 사망하는 사고를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

물놀이사고사망보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 대한민국 국내에서 물놀이사고로 사망하였을 때에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

<용어풀이>
물놀이란 물가 또는 물속에서 놀이를 목적으로 하는 활동을 말합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 놀이가 목적이 아닌 업무를 목적으로 하는 행위의 경우
2. 피보험자가 경기 또는 대회를 목적으로 하는 행위의 경우
3. 피보험자가 선박에 탑승한 경우(단, 물놀이를 목적으로 선박에 탑승한 경우는 포함하지 않으나, 유선 및 도선에 탑승한 경우는 몰놀이를 목적으로 보지 않습니다)
4. 피보험자가 낚시를 목적으로 하는 행위를 하거나 또는 낚시어선에 탑승한 경우
5. 피보험자가 주택내에서 머무르며 물놀이를 한 경우

② 제 1 항 제 5 호의 주택이라 함은 아파트, 연립주택, 다세대주택 및 단독주택을 말하며 아파트의 경우 아파트 건물의 입구 안쪽 공간, 기타주택의 경우는 주택의 부속물인 대문의 안쪽공간을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

강력범죄발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에 정한 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 형법 제 24 장에서 말하는 살인죄
2. 형법 제 25 장에서 말하는 상해와 폭행의 죄
3. 형법 제 32 장에서 말하는 강간과 추행의 죄 중 강간죄
4. 형법 제 38 장에서 말하는 강도죄
5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 “폭처법” 이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

② 제 1 호의 살인, 제 2 호의 상해 및 폭행 및 제 5 호의 폭력등의 경우에는 사망하거나 1 개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상하여드립니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 “폭처법” 제 4 조(단체등의 구성·활동)의 범죄단체 를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
2. 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 3 조(보험금의 청구시)

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에 는 다음의 서류를 제출하여야 합니다

1. 사건신고확인원(관할 경찰서장 발행)
2. 의사진단서
3. 청구서(회사양식)
4. 사고증명서(그러나 이를 얻기 어려울 때에는 사고발생의 목격자 등 인근 주민의 확인서)
5. 그밖에 필요한 증거자료

② 회사는 필요한 경우에는 피보험자 또는 그와 세대를 같이 하는 친족 등을 대상으로 사고상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

강력범죄발생보장 특별약관(II)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 각 호에서 정하는 강력범죄에 의해 피해가 발생한 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

1. 형법 제 24 장 제 250 조, 제 251 조, 제 252 조, 제 253 조에서 정하는 살인의 죄(이하 "살인(기수)"라 합니다.)
2. 형법 제 24 장 제 254 조, 제 255 조에서 정하는 살인의 죄(이하 "살인(미수, 예비, 음모)"라 합니다.)
3. 형법 제 38 장에서 정하는 강도죄(이하 "강도"라 합니다.)
4. 형법 제 31 장에서 정하는 약취, 유인 및 인신매매의 죄(이하 "약취, 유인 및 인신매매"라 합니다.)
5. 형법 제 29 장에서 정하는 체포와 감금의 죄(이하 "체포와 감금"이라 합니다.)

강력범죄	보험가입금액
살인(기수)	( ) 만원
살인(미수,예비,음모)	( ) 만원
강도	( ) 만원
약취,유인및인신매매	( ) 만원
체포와 감금	( ) 만원

② 제 1 항에서 "피해가 발생"이라 함은 피보험자가 강력범죄의 직접적인 피해자가 되어 피해자 신고나 제 3 자 신고, 고소, 고발 등을 경찰관이 접수하여 수사를 진행한 후 검사에 의해 공소제기 즉 기소된 경우(약식기소의 경우를포함합니다.) 또는 경찰관의 수사결과 강력범죄의 발생사실은 명백하나 범인을 검거하지 못한 경우를 말합니다.

<용어정의>

○공소제기 : 검사가 사법경찰관으로부터 송치받은 사건이나 직접인지 등으로 수사한 사건에 대해 피의자가 재판을 받음이 마땅하다고 판단되는 경우에 이를 법원에 회부하게 되는데 이를 공소제기 또는 기소라함

○약식기소 : 검사가 피의자에 대하여 징역형이나 금고형에 처하는것보다 벌금형에 처함이 상당하다고 생각되는 경우에는 기소와 동시에 법원에 대하여 벌금형에 처해달라는 뜻의 약식명령을 청구할수 있는데 이를 약식기소라 함

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

② 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

③ 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변중에 생긴 손해

④ 피보험자(피해자)와 가해자 사이에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 친족관계가 있는 경우

1. 부부(사실상의 혼인관계를 포함합니다.)
2. 직계혈족
3. 4 촌 이내의 친족
4. 동거친족

⑤ 피보험자(피해자)가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 경우

1. 해당 범죄행위를 교사 또는 방조하는 행위
2. 과도한 폭행, 협박 또는 중대한 모욕 등 해당 범죄행위를 유발하는 행위

3. 해당 범죄행위와 관련하여 현저하게 부정한 행위
4. 해당 범죄행위를 용인하는 행위
5. 집단적 또는 상습적으로 불법행위를 행할 우려가 있는 조직에 속하는 행위(다만, 그 조직에 속하고 있는 것이 해당 범죄피해를 당한 것과 관련이 없다고 인정되는 경우는 제외한다)
6. 범죄행위에 대한 보복으로 가해자 또는 그 친족이나 그밖에 가해자와 밀접한 관계가 있는 사람의 생명을 해치거나 신체를 중대하게 침해하는 행위

제 3 조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구해야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(경찰신고서류, 경찰 또는 검찰조사기록 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

강력범죄피해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 각 호에서 정하는 강력범죄에 의해 피해가 발생하여 사망하거나 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에 신체피해정도에 따라 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

1. 형법 제 24 장에서 정하는 살인의 죄
2. 형법 제 38 장에서 정하는 강도죄
3. 형법 제 29 장에서 정하는 체포와 감금의 죄
4. 형법 제 13 장에서 정하는 방화죄
5. 형법 제 25 장에서 정하는 상해와 폭행의 죄

신체피해정도	보험가입금액
전치 1 개월 초과 2 개월 이하	( ) 만원
전치 2 개월 초과 6 개월 이하	( ) 만원
전치 6 개월 초과	( ) 만원
사망	( ) 만원

② 제 1 항에서 "피해가 발생"이라 함은 피보험자가 강력범죄의 직접적인 피해자가 되어 피해자 신고나 제 3 자 신고, 고소, 고발 등을 경찰관이 접수하여 수사를 진행한 후 검사에 의해 공소제기 즉 기소된 경우(약식기소의 경우를포함합니다.) 또는 경찰관의 수사결과 강력범죄의 발생사실은 명백하나 범인을 검거하지 못한 경우를 말합니다.

<용어정의>

○공소제기 : 검사가 사법경찰관으로부터 송치받은 사건이나 직접인지 등으로 수사한 사건에 대해 피의자가 재판을 받음이 마땅하다고 판단되는 경우에 이를 법원에 회부하게 되는데 이를 공소제기 또는 기소라함

○약식기소 : 검사가 피의자에 대하여 징역형이나 금고형에 처하는것보다 벌금형에 처함이 상당하다고 생각되는 경우에는 기소와 동시에 법원에 대하여 벌금형에 처해달라는 뜻의 약식명령을 청구할수 있는데 이를 약식기소라 함

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

② 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

③ 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변중에 생긴 손해

④ 피보험자(피해자)와 가해자 사이에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 친족관계가 있는 경우

1. 부부(사실상의 혼인관계를 포함합니다.)
2. 직계혈족
3. 4 촌 이내의 친족
4. 동거친족

⑤ 피보험자(피해자)가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 경우

1. 해당 범죄행위를 교사 또는 방조하는 행위
2. 과도한 폭행, 협박 또는 중대한 모욕 등 해당 범죄행위를 유발하는 행위
3. 해당 범죄행위와 관련하여 현저하게 부정한 행위
4. 해당 범죄행위를 용인하는 행위
5. 집단적 또는 상습적으로 불법행위를 행할 우려가 있는 조직에 속하는 행위(다만, 그 조직에 속하고 있는 것이 해당 범죄피해를 당한 것과 관련이 없다고 인정되는 경우는 제외한다)
6. 범죄행위에 대한 보복으로 가해자 또는 그 친족이나 그밖에 가해자와 밀접한 관계가 있는 사람의 생명을 해치거나 신체를 중대하게 침해하는 행위

제 3 조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구해야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(경찰신고서류, 경찰 또는 검찰조사기록 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해흉터성형수술비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간중에 상해사고로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.) 등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 "안면부", "상지", "하지"에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다.)의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일부터 2 년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(다만, 사고발생시점 만 15 세 미만자의 경우 부득이 사고일부터 2 년 경과후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.)을 받은 경우에는 이 특별약관에 따라 아래의 금액을 상해흉터성형수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	안 면 부	상 지 · 하 지
지급금액	수술 1cm 당 14 만원	수술 1cm 당 7 만원 (단, 3cm 이상의 경우에 한함)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술 cm 는 최장 직경으로 함

제 2 조(안면부 등의 정의)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 "안면부", "상지", "하지"라 함은 다음을 말합니다.

1. "안면부"란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. "상지"란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. "하지"란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 말하며 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 상해흉터성형수술비는 하나의 사고에 대하여 500 만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2 회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 4 조(수술의 정의와 장소)

이 특약에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차사고성형수술위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간중에 자동차사고의 직접적인 결과로 인하여 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 위해 사고일로부터 1 년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 미용을 위해 성형수술을 받은 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

② 피보험자가 같은 사고로 제 1 항에서 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하 「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9 종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유로 생긴 사고는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자가 도로교통법 제 43 조, 제 44 조에 정한 음주. 무면허상태 또는 제 45 조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

[관련법규]
<도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)>
: 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

<도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)>
: 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

<도로교통법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)>
: 자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

탈구,신경손상,압착손상진단비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표 28】탈구,신경손상,압착손상 분류표에 정한 탈구, 신경손상, 압착손상으로 진단확정되었을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 탈구,신경손상,압착손상 진단비로 지급합니다.

② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

③ 동일한 사고를 직접적인 원인으로 하여 복합적인 탈구,신경손상,압착손상 진단시에는 탈구,신경손상,압착손상 진단비를 1 회에 한하여 지급합니다.

④ 제 1 항에서 탈구,신경손상,압착손상의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

외상성절단진단비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표 29】외상성절단 분류표에 정한 외상성절단으로 진단확정되었을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 외상성절단진단비로 지급합니다.

② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

③ 동일한 사고를 직접적인 원인으로 하여 복합적인 외상성절단 진단시에는 외상성절단진단비를 1 회에 한하여 지급합니다.

④ 제 1 항에서 외상성절단의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

⑤ 피보험자가 치아파절 및 치아발치 등의 치아손상을 입은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌 · 내장수술보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 "뇌손상" 또는 "내장손상"을 입고 사고일부터 180 일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술" 또는 "개복(開腹)수술"을 받은 경우에는 아래의 금액을 최초 1 회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
뇌내장수술 보험금	상해로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일부터 180 일 이내에 개두 · 개흉 · 개복수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

② 제 1 항의 상해라 함은 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제 2 조(뇌손상 등의 정의)

① 이 특약에서 "뇌손상"이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표 30】 뇌 · 내장손상 분류표에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

② 이 특약에서 "내장손상"이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 【별표 30】 뇌 · 내장손상 분류표에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

③ 이 특약에서 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"로 보지 않습니다.

1. "개두(開頭)수술"이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
2. "개흉(開胸)수술"이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동(세로칸), 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
3. "개복(開腹)수술"이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

제 3 조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 4 조(특약의 소멸)

피보험자에게 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항에서 정한 뇌 · 내장수술보험금을 지급한 경우에는 그 보험금 지급사유의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

성폭력범죄상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간중에 피보험자가 다음 각호에서 정하는 성폭력범죄로 피해가 발생(이하 「성폭력범죄피해의 발생」이라 합니다)하여 1 개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입었을 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 형법 제 32 장 강간과 추행의 죄 중

   제 297 조(강간)

   제 298 조(강제추행)

   제 299 조(준강간, 준강제추행)

   제 300 조(미수범)

   제 301 조(강간 등 상해·치상)

   제 301 조의 2(강간 등 살인·치사)

   제 302 조(미성년자등에 대한 간음)

   제 303 조(업무상위력 등에 의한 간음)

   제 305 조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄

2. 형법 제 339 조(강도강간)의 죄

3. 성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호 등에 관한 법률(이하 「성폭력특별법」이라 합니다)의 성폭력범죄 중

   제 5 조 특수강도강간 등

   제 6 조 특수강간 등

   제 7 조 친족관계에 의한 강간 등

   제 8 조 장애인에 대한 간음 등

   제 8 조의 2 13 세미만의 미성년자에 대한 강간, 추행 등

   제 9 조 강간 등 상해·치상

   제 10 조 강간 등 살인·치사

   제 11 조 업무상 위력 등에 의한 추행

   제 12 조 공중밀집장소에서의 추행

② 제 1 항의 「성폭력범죄피해의 발생」이라 함은 피해자 신고나 제 3 자 신고, 고소, 고발 등을 경찰관이 접수하여 수사를 진행한 후 검사에 의해 공소제기 즉 기소된 경우(약식기소의 경우를 포함합니다) 또는 경찰관의 수사결과 성폭력범죄의 발생사실은 명백하나 범인을 검거하지 못한 경우를 말합니다.

※용 어 풀 이※

1. 공소제기

검사가 사법경찰관으로부터 송치받은 사건이나 직접 인지 등으로 수사한 사건에 대하여 피의자가 재판을 받음이 마땅하다고 판단되는 경우에 이를 법원에 회부하게 되는데 이를 공소제기 또는 기소라 함

2. 약식기소

검사가 피의자에 대하여 징역형이나 금고형에 처하는 것보다 벌금형에 처함이 상당하다고 생각되는 경우에는 기소와 동시에 법원에 대하여 벌금형에 처해달라는 뜻의 약식명령을 청구할 수 있는데 이를 약식기소라 함

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)에도 불구하고 그 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 아래의 성폭력범죄에 의하여 피해가 발생한 경우만을 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자 및 피보험자의 고의에 의한 성폭력범죄

2. 보험수익자의 고의에 의한 성폭력범죄. 그러나 보험수익자가 두사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.
3. 피보험자의 뇌질환으로 생긴 성폭력범죄
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

성폭력범죄발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간중에 피보험자에게 다음 각 호에서 정하는 성폭력범죄로 피해가 발생(이하 「성폭력범죄피해의 발생」이라 합니다)하였을 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 형법 제 32 장 강간과 추행의 죄 중

   제 297 조(강간)

   제 298 조(강제추행)

   제 299 조(준강간, 준강제추행)

   제 300 조(미수범)

   제 301 조(강간 등 상해·치상)

   제 301 조의 2(강간 등 살인·치사)

   제 302 조(미성년자등에 대한 간음)

   제 303 조(업무상위력 등에 의한 간음)

   제 305 조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄
2. 형법 제 339 조(강도강간)의 죄
3. 성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호 등에 관한 법률(이하 「성폭력특별법」이라 합니다)의 성폭력범죄 중

   제 5 조 특수강도강간 등

   제 6 조 특수강간 등

   제 7 조 친족관계에 의한 강간 등

   제 8 조 장애인에 대한 간음 등

   제 8 조의 2 13 세미만의 미성년자에 대한 강간, 추행 등

   제 9 조 강간 등 상해·치상

   제 10 조 강간 등 살인·치사

   제 11 조 업무상 위력 등에 의한 추행

   제 12 조 공중밀집장소에서의 추행

② 제 1 항의 「성폭력범죄피해의 발생」이라 함은 피해자 신고나 제 3 자 신고, 고소, 고발 등을 경찰관이 접수하여 수사를 진행한 후 검사에 의해 공소제기 즉 기소된 경우(약식기소의 경우를 포함합니다) 또는 경찰관의 수사결과 성폭력범죄의 발생사실은 명백하나 범인을 검거하지 못한 경우를 말합니다.

※용 어 풀 이※

1. 공소제기

검사가 사법경찰관으로부터 송치 받은 사건이나 직접 인지 등으로 수사한 사건에 대하여 피의자가 재판을 받음이 마땅하다고 판단되는 경우에 이를 법원에 회부하게 되는데 이를 공소제기 또는 기소라 함

2. 약식기소

검사가 피의자에 대하여 징역형이나 금고형에 처하는 것보다 벌금형에 처함이 상당하다고 생각되는 경우에는 기소와 동시에 법원에 대하여 벌금형에 처해달라는 뜻의 약식명령을 청구할 수 있는데 이를 약식기소라 함

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)에도 불구하고 그 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 아래의 성폭력범죄에 의하여 피해가 발생한 경우만을 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자 및 피보험자의 고의에 의한 성폭력범죄
2. 보험수익자의 고의에 의한 성폭력범죄. 그러나 보험수익자가 두사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.
3. 피보험자의 뇌질환으로 생긴 성폭력범죄
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

헌혈후유증보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 이 보험증권(보험가입증서)에 소속된 단체의 소속원으로서 대한적십자사 산하 혈액원에서 주관하는 헌혈에 참여하여 그 후유증으로 인해 대한적십자사의 「헌혈후유증 판정위원회」에서 헌혈후유증 환자로 판정, 치료를 받은 경우에는 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

헌혈후 단순 어지럼증, 빈혈, 쇼크로 인하여 헌혈장소에서 영양제 투여 등의 단순 처치를 받은 경우는 보상하지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차사고상해 (4~10)주이상진단위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차사고로 신체에 상해를 입어 그 상해로 인하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 의료기관에서 ( )주 이상의 최초진단(추가진단은 해당되지 않습니다.)을 받고 실제 치료중이거나 치료가 종료된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 1 회에 한하여 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 자동차사고라 함은 아래의 각 호에 정한 경우를 말합니다.

1. 피보험자가 운행중의 자동차에 탑승하지 아니한 때, 운행중의 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 사고로 입은 상해
2. 피보험자가 운전을 하고 있지 않은 상태로 운행중의 자동차에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해
3. 피보험자가 직접 운전하던 중에 일어난 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해(운전이라함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.)

③ 제 1 항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하 「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9 종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차사고부상치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에 정한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 자동차사고부상등급표(【별표 33】참고)의 상해등급을 받은 경우 보험증권에 기재된 부상등급별 금액을 보험수익자(보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고(이하“자동차운전중 교통사고”라 합니다.)
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “자동차탑승중 교통사고”라 합니다)
3. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 자동차사고”라 합니다)

② 제 1 항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 자동차중 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하 「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9 종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차(이륜차제외)사고상해( )주이상진단위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차사고로 신체에 상해를 입어 그 상해로 인하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 의료기관에서 ( )주 이상의 최초진단(추가진단은 해당되지 않습니다.)을 받고 실제 치료중이거나 치료가 종료된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 1 회에 한하여 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

④ 제 1 항의 자동차사고라 함은 아래의 각 호에 정한 경우를 말합니다.

1. 피보험자가 운행중의 자동차에 탑승하지 아니한 때, 운행중의 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 사고로 입은 상해
2. 피보험자가 운전을 하고 있지 않은 상태로 운행중의 자동차에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해
3. 피보험자가 직접 운전하던 중에 일어난 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해(운전이라함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.)

⑤ 제 1 항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하 「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9 종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권에 기재된 이 특약의 보험가입금액)
2. 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표 1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제 2 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나 (보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병사망보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)

에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 50%이상후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장해분류표(【별표1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나 (보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제5항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자

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

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 80%고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표 1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제 1 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나 (보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 5 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 80%미만후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장해분류표(【별표1】참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률 80%미만에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 질병후유장해(80%미만) 보험금으로 보험수익자에게 지급 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

사립학교교직원질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)
2. 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표 1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제 2 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나 (보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(피보험자의 범위)

제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항에서 피보험자란 사립학교 교직원으로서 사립학교법에 의하여 임명된 교원과 사무직원을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

사립학교교직원질병사망보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우 보험수익자에게 사망보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)을 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 1 조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(피보험자의 범위)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 피보험자란 사립학교 교직원으로서 사립학교법에 의하여 임명된 교원과 사무직원을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

사립학교교직원질병 80%고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 보험수익자에게 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)을 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표 1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제 1 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나 (보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 5 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(피보험자의 범위)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 피보험자란 사립학교 교직원으로서 사립학교법에 의하여 임명된 교원과 사무직원을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

사립학교교직원 질병 80%미만후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장해분류표(【별표1】참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률 80%미만에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 질병후유장해(80%미만) 보험금으로 보험수익자에게 지급 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급

률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(피보험자의 범위)

제1조(보험금의 지급사유)에서 피보험자란 사립학교 교직원으로서 사립학교법에 의하여 임명된 교원과 사무직원을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

과로사관련특정질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 과로사관련특정질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)
2. 보험기간 중에 진단확정된 과로사관련 특정질병으로 인하여 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

② 제 1 항의 과로사관련특정질병이라 함은【별표 2】과로사관련 특정질병 분류표에서 정한 아래의 질병을 말합니다.

1. 바이러스 간염
2. 고혈압성 심장병
3. 고혈압성 심장 및 신장 질환
4. 급성심근경색증
5. 협심증

6. 거미막하 출혈

7. 뇌내출혈

8. 기타 비외상성 두개내 출혈

9. 뇌경색증

10. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착

11. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착

12. 고혈압성 뇌병증

13. 간의 질환

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 1 호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표 1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제 2 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나 (보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

근로자과로사보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 과중한 업무부담의 지속으로 인하여 업무를 하던 중(이하 "업무중"이라 합니다) 【별표 18】 과로사관련 질병 분류표)에서 정하는 뇌혈관질환 내지 심질환의 급격한 발현 또는 악화로 돌연히 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

② 제 1 항의 말하는 "과중한 업무부담의 지속"이란 다음 각호의 하나 이상의 상태가 사망일 직전에 지속된 것을 말합니다.

1. 직전 3 일 이상 연속적으로 일상업무보다 30%이상 업무량과 시간이 증가
2. 월 50 시간이상의 잔업
3. 직전 1 개월 내의 소정 휴일의 반 이상의 출근 근무
4. 직전 1 개월 내의 10 일 이상의 지방출장 (격지에의 단신부임을 포함합니다)
5. 직전 1 주일 이내의 근무환경의 급격한 변화로 인정되는 전환배치
6. 직전 24 시간 이내의 일반인이 적응하기 어렵다고 여겨지는 근로의 수행

③ 제 1 항의 "업무중" 및 "돌연한 사망"이란 아래의 경우를 말합니다.

1. 업무중이란 피보험자의 통상적인 근무장소(출장지를 포함합니다)에서 근무 중일 때와 그 근무장소로의 이동중인 교통수단 안에서 이동 중일 때 및 통상적인 거주지(출장지에서의 숙박장소 포함)에서의 수면중인 경우를 말합니다.
2. 돌연한 사망이란 피보험자가 제 1 항에서 정한 뇌혈관질환 내지 심질환에 의한 병변의 발증 내지 악화로 의식불명상태가 되고 그것을 직접원인으로 하여 그날로부터 4 주 이내 사망(뇌사상태를 포함합니다)한 것을 말합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래와 같은 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 기왕의 질환이 자연발생적으로 악화되었음에 대한 의학적 소견이 있을 때
2. 과도, 격렬한 운동중 또는 통상적인 주량을 초과하는 음주로 인하여 사망한 때
3. 싸움, 폭행, 과도한 언쟁 등 업무와 관계없는 사건으로 사망한 때

제 3 조(보험금의 청구)

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제 7 조(보험금의 청구)의 구비서류를 제출하여야 합니다.

② 회사는 필요한 경우에는 피보험자, 그와 세대를 같이 하는 친족 또는 피보험자 근무회사의 임직원 등을 대상으로 사고상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암사망및 80%고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 "암"(제자리암(상피내암)은 제외합니다. 이하 같습니다)으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)
2. 보험기간 중에 진단확정된 "암"(제자리암(상피내암)은 제외합니다. 이하 같습니다)으로 인하여 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표 1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제 2 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나 (보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인 분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 3】 "악성신생물(암) 분류표"참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

※ 유의사항 ※

한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)의 경우 일차

성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

② 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암치료비보장 특별약관(I)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 “기타피부암 및 갑상선암 이외의 암”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암(상피내암) “, “경계성종양” (이하 “암 등의 질병”이라 합니다.)으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 아래에 정한 금액을 각각 1 회에 한하여 암치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	암치료비보험금
기타피부암 및 갑상선암 이외의 암	이 특별약관 가입금액의 100%
갑상선암	이 특별약관 가입금액의 ( )%
기타피부암	이 특별약관 가입금액의 ( )%
제자리암(상피내암)	이 특별약관 가입금액의 ( )%
경계성 종양	이 특별약관 가입금액의 ( )%

② 이 특별약관에서 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 피보험자 나이에 관계없이 계약일로 하며 “기타피부암/갑상선암 이외의 암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자의 나이가 15 세 미만인 경우는 계약일
2. 피보험자의 나이가 15 세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날

다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체 결하는 경우에는 적용하지 않습니다.

제 2 조(암 등의 질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 3】 “악성신생물(암)분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

※ 유의사항 ※

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 1 항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, “갑상선암”이라 함은 제 1 항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 또한 제 1 항에서 정한 “암”에서 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 암을 “기타피부암 및 갑상선암 이외의 암”이라 합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “제자리암(상피내암)”이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리(상피내)의 암으로 분류되는 질병(【별표 4】 “제자리 신생물분류표” 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표 5】 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

⑤ 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양(이하 “암등의 질병”이라 총칭합니다)의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암등의 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 3 조(계약의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 계약일로부터 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암에 대한 보장개시일 이전에 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암으로 진단 확정되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 특약약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암치료비보장 특별약관(II)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암(상피내암)“, “경계성종양” (이하 “암 등의 질병”이라 합니다.)으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 아래에 정한 금액을 각각 1 회에 한하여 암치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	암치료비보험금
갑상선암	이 특별약관 가입금액의 ( )%
기타피부암	이 특별약관 가입금액의 ( )%
제자리암(상피내암)	이 특별약관 가입금액의 ( )%
경계성 종양	이 특별약관 가입금액의 ( )%

② 이 특별약관에서 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 한다.

제 2 조(암 등의 질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 1 항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, “갑상선암”이라 함은 제 1 항에서 정한 “암”

중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병(【별표 3】 “악성신생물(암)분류표” 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “제자리암(상피내암)”이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리(상피내)의 암으로 분류되는 질병(【별표 4】 “제자리 신생물분류표” 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표 5】 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

④ 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양(이하 “암등의 질병”이라 총칭합니다)의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암등의 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

※ 유의사항 ※

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암수술급여금보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 또는 경계성종양(이하 "암등의 질병"이라 총칭합니다)으로 진단이 확정되고 치료를 직접적인 목적으로 제 2 조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 수술 1 회당 아래에 정한 금액을 암수술급여금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	암치료비보험금
기타피부암 및 갑상선암 이외의 암	이 특별약관가입금액의 100%
갑상선암	이 특별약관가입금액의 ( )%
기타피부암	이 특별약관가입금액의 ( )%
제자리암(상피내암)	이 특별약관가입금액의 ( )%
경계성 종양	이 특별약관가입금액의 ( )%

② 이 특별약관에서 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 피보험자 나이에 관계없이 계약일로 하며 “기타피부암/갑상선암 이외의 암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자의 나이가 15 세 미만인 경우는 계약일
2. 피보험자의 나이가 15 세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날

다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 암등의 질병의 수술을 받을 경우에는 1 회의 수술로 봅니다.

제 2 조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서“수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 3 조(암 등의 질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 3】 “악성신생물(암)분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

※ 유의사항 ※

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 1 항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, “갑상선암”이라 함은 제 1 항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 또한 제 1 항에서 정한 “암”에서 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 암을 “기타피부암/갑상선암 이외의 암”이라 합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “제자리암(상피내암)”이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리(상피내)의 암으로 분류되는 질병(【별표 4】 “제자리 신생물분류표” 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표 5】 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

⑤ 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양(이하 “암등의 질병”이라 총칭합니다)의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암등의 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4 조(계약의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 계약일로부터 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암에 대한 보장개시일 이전에 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암으로 진단 확정되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 특약약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암입원일당보장(요양병원 제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 또는 경계성종양(이하 "암 등의 질병"이라 합니다)으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에 4일 이상 계속입원하여 의사의 치료를 받은 경우에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

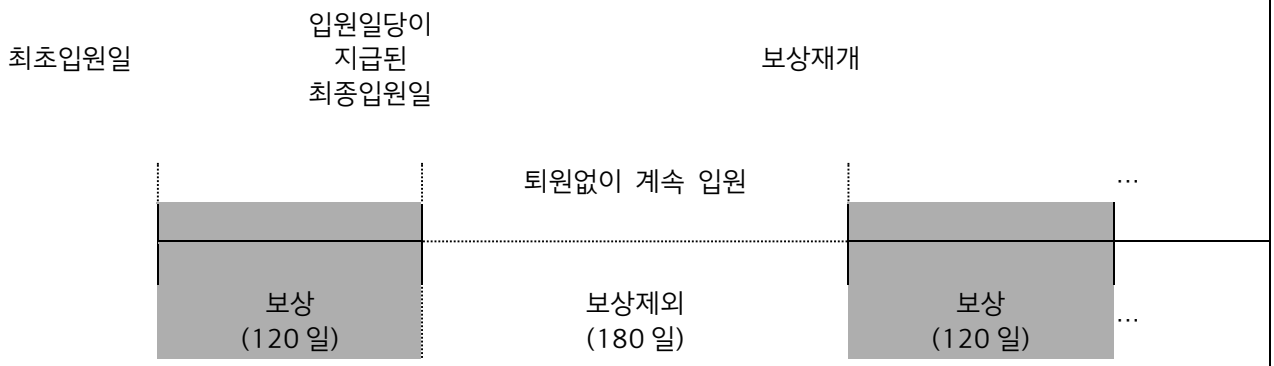
② 이 특별약관에서 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 피보험자 나이에 관계없이 계약일로 하며 “기타피부암/갑상선암 이외의 암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자의 나이가 15 세 미만인 경우는 계약일
2. 피보험자의 나이가 15 세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날

다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제1항에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 암 등의 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 암 등의 질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나고 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

※ 보상기간 예시 ※



제2조(암 등의 질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 ‘암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

※ 유의사항 ※

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, “갑상선암”이라 함은 제1항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 또한 제1항에서 정한 “암”에서 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 암을 “기타피부암 및 갑상선암 이외의 암”이라 합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “제자리암(상피내암)”이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리(상피내)의 암으로 분류되는 질병([별표4] “제자리신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 ‘경계성종양’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신

생물로 분류되는 질병([별표5] “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

⑤ 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양(이하 “암등의 질병”이라 총칭합니다)의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암등의 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(암의 직접적인 치료의 정의)

① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제4조(입원의 정의와 장소)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 및 한의사의 면허를 가진 자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 암 등의 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 등 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다) 에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 암 등의 질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 암 등의 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 암 등의 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암 등의 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암 등의 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 암 등의 질병으로 진단된 경우에는 이는 암 등의 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(암입원일당)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암 등의 질병으로 4일 이상 계속 입원시 각각의 질병에 대하여 3일 초과 입원일수 1일당 아래에 정한 금액을 암입원일당으로 피보험자에게 지급합니다. 단, 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

구 분	암입원일당보험금
기타피부암 및 갑상선암 이외의 암	이 특별약관가입금액의 100%
갑상선암	이 특별약관가입금액의 ( )%
기타피부암	이 특별약관가입금액의 ( )%
제자리암(상피내암)	이 특별약관가입금액의 ( )%
경계성 종양	이 특별약관가입금액의 ( )%

② 피보험자가 동일한 암 등의 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험 기간이 만료되었을 때에도

퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 암입원일당은 계속 보장하여 드립니다.

③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 암입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암입원일당보장(요양병원) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

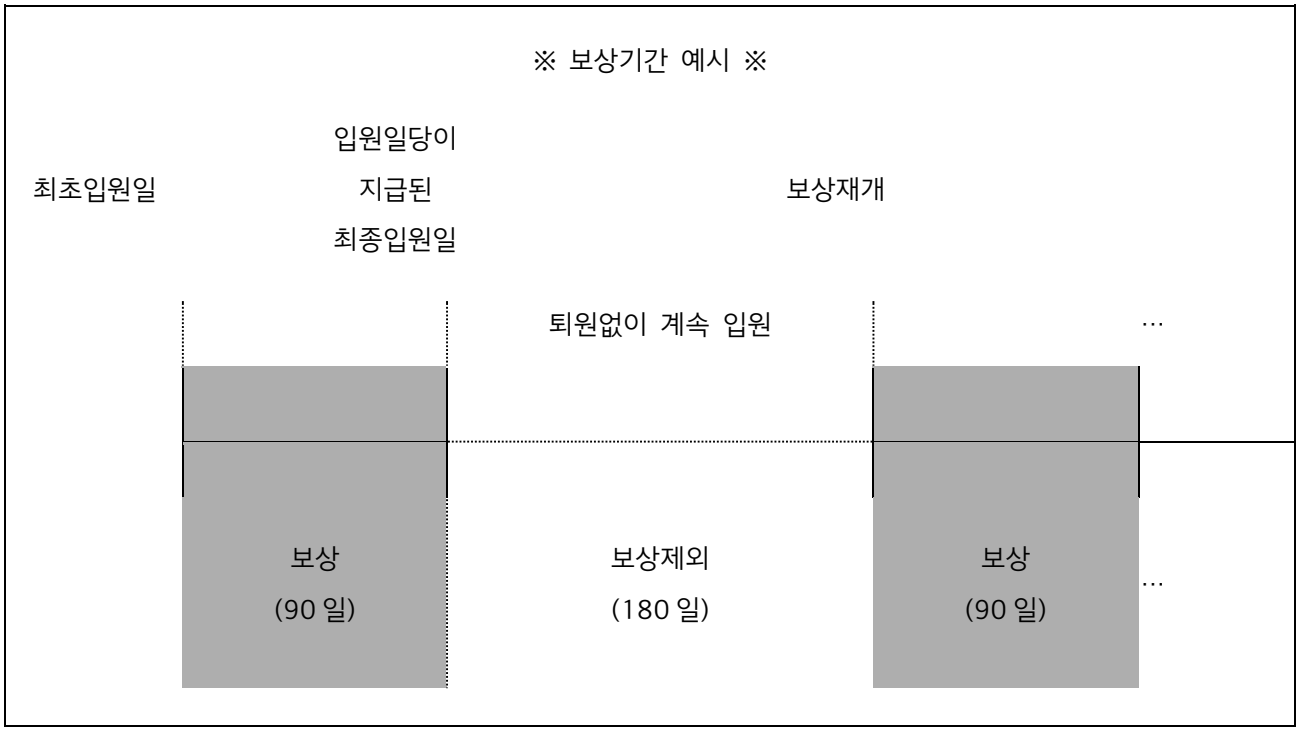
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 보장개시일 이후에 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 또는 경계성종양(이하 "암 등의 질병"이라 합니다)으로 진단확정되고, 그 '암 등의 질병'의 치료를 목적으로 요양병원에 1일 이상 계속입원한 경우에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 이 특별약관에서 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 피보험자 나이에 관계없이 계약일로 하며 "기타피부암/갑상선암 이외의 암"에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자의 나이가 15 세 미만인 경우는 계약일
2. 피보험자의 나이가 15 세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날

다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제1항에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 암 등의 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 암 등의 질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나고 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제 2 조(암 등의 질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

※ 유의사항 ※

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제1항에서 정한 "암" 중에서 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, "갑상선암"이라 함은 제1항에서 정한 "암" 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 또한 제1항에서 정한 "암"에서 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 암을 "기타피부암 및 갑상선암 이외의 암"이라 합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "제자리암(상피내암)"이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리(상피내)의 암으로 분류되는 질병([별표4] "제자리신생물 분류표" 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표5] "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표" 참조)을 말합니다.

⑤ 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양(이하 "암등의 질병"이라 총칭합니다)의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암등의 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유)의 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '암 등의 질병'의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(암입원일당)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암 등의 질병으로 1일 이상 계속 입원시 각각의 질병에 대하여 입원일수 1일당 아래에 정한 금액을 암입원일당으로 피보험자에게 지급합니다. 단, 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고 한도로 합니다.

구 분	암입원일당보험금
기타피부암 및 갑상선암 이외의 암	이 특별약관가입금액의 100%
갑상선암	이 특별약관가입금액의 ( )%
기타피부암	이 특별약관가입금액의 ( )%
제자리암(상피내암)	이 특별약관가입금액의 ( )%
경계성 종양	이 특별약관가입금액의 ( )%

② 피보험자가 동일한 암 등의 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험 기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 암입원일당은 계속 보장하여 드립니다.

③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 암입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정암사망및 80%고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 특정암으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)
2. 보험기간 중에 진단확정된 특정암으로 인하여 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표 1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제 2 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나 (보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(특정암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "특정암"이라 함은 아래와 같습니다.

1. 남자 특정암(3 대암) : 위의 악성신생물(암), 간 및 간내 담관의 악성신생물(암), 담낭의 악성 신생물, 기타 및 상세불명 보장부위의 악성신생물(암), 기관의 악성신생물(암), 기관지 및 폐의 악성신생물(암)
2. 여성 특정암 : 유방의 악성신생물(암), 여성생식기관의 악성신생물(암), 자궁경부의 악성신생물(암), 자궁체부의 악성신생물(암), 상세불명 자궁부위의 악성신생물(암), 난소의 악성신생물(암), 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성신생물(암), 태반의 악성신생물(암)

   (【별표 7】 특정암(남자 3 대암/여자특정암) 분류표 참조)

※ 유의사항 ※

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

② 특정암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 특정암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정암치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 제 2 항에서 정한 특정암에 대한 보장개시일 이후에 특정암으로 진단확정된 경우 이 특별약관에 따라 이 특별약관 보험가입금액 전액을 최초 1 회에 한하여 특정암치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 이 특별약관에서 “특정암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자의 나이가 15 세 미만인 경우는 계약일
2. 피보험자의 나이가 15 세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날

다만, 이 규정은 보험 기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 아니 합니다.

제 2 조(특정암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “특정암”이라 함은 아래와 같습니다.

1. 남자 특정암(3 대암) : 위의 악성신생물(암), 간 및 간내 담관의 악성신생물(암), 담낭의 악성 신생물, 기타 및 상세불명 보장부위의 악성신생물(암), 기관의 악성신생물(암), 기관지 및 폐의 악성신생물(암)
2. 여성 특정암 : 유방의 악성신생물(암), 여성생식기관의 악성신생물(암), 자궁경부의 악성신생물(암), 자궁체부의 악성신생물(암), 상세불명 자궁부위의 악성신생물(암), 난소의 악성신생물(암), 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성신생물(암), 태반의 악성신생물(암)

【별표 7】 특정암(남자 3 대암/여자특정암) 분류표 참조)

※ 유의사항 ※

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

② 특정암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직 (fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 특정암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 3 조(보험나이의 계산)

① 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만나이를 기준으로 6 개월 미만의 끝수는 버리고 6 개월 이상의 끝수는 1 년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

② 제 1 항에 따라 계산된 보험나이가 계산착오로 피보험자의 실제나이와 차이가 있는 경우에 실제 나이가 이 보험의 가입나이 범위내일 경우에는 실제 나이에 의하여 계약된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988 년 10 월 2 일, 현재(계약일) : 2009 년 4 월 13 일

⇒ 2009 년 4 월 13 일 - 1988 년 10 월 2 일 = 20 년 6 월 11 일 = 21 세

[유의사항]

계약해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.

제 4 조(계약의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 계약일로부터 특정암에 대한 보장개시일 이전에 특정암으로 진단 확정되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

여성 3 대암치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 제 2 항에서 정한 여상 3 대암에 대한 보장개시일 이후에 여성 3 대암으로 진단확정된 경우 이 특별약관에 따라 이 특별약관보험가입금액 전액을 1 회에 한하여 여성 3 대암 치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 이 특별약관에서 “여성 3 대암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자의 나이가 15 세 미만인 경우는 계약일
2. 피보험자의 나이가 15 세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날.

다만, 이 규정은 보험 기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 아니 합니다.

제 2 조(여성 3 대암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "여성 3 대암"이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 "여성 3 대암"으로 분류되는 아래의 질병(【별표 7-1】 여성 3 대암분류표 참조)을 말합니다.

여성 3 대암: 위의 악성신생물(암), 유방의 악성신생물(암), 자궁목의 악성신생물(암), 자궁체의 악성신생물(암), 상세불명 자궁부위의 악성신생물(암), 난소의 악성신생물(암), 태반의 악성신생물(암)

② 여성 3 대암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직 (fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic

system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 여성 3 대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

※ 유의사항 ※

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

제 3 조(계약의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 계약일로부터 여성 3 대암에 대한 보장개시일 이전에 여성 3 대암으로 진단 확정되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

고액치료비암진단비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보통약관 피보험자가 보험기간중 보장개시일 이후에 고액치료비암으로 진단확정된 경우 에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 1 회에 한하여 고액치료비암진단비 로 피보험자에게 지급합니다.

② 이 특별약관에서 “고액치료비암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자의 나이가 15 세 미만인 경우는 계약일
2. 피보험자의 나이가 15 세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날.

다만, 이 규정은 보험 기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 아니 합니다.

제 2 조(고액치료비암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 고액치료비암이라 함은【별표 17】고액치료비암 분류표에서 정한 아래의 질병을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

1. 식도의 악성신생물(암)
2. 췌장(이자)의 악성신생물(암)
3. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)
4. 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물(암)
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)

② 고액치료비암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemicsystem)에 대한

현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

※ 유의사항 ※

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

제 3 조(계약의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 계약일로부터 고액치료비암에 대한 보장개시일 이전에 고액치료비암으로 진단 확정되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

소아 3 대암치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보통약관 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 소아 3 대암으로 진단확정된 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 1 회에 한하여 소아 3 대암 치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 이 특별약관에서 “소아 3 대암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자의 나이가 15 세 미만인 경우는 계약일
2. 피보험자의 나이가 15 세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날.

다만, 이 규정은 보험 기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 아니 합니다.

제 2 조(소아 3 대암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “소아 3 대암”이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 백혈병, 뇌암, 임파선암으로 분류되는 질병【별표 12】을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

※ 유의사항 ※

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

② 소아 3 대암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 소아 3 대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 3 조(계약의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 계약일로부터 소아 3 대암에 대한 보장개시일 이전에 소아 3 대암으로 진단 확정되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

전자파암사망및 80%고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 "전자파암" 으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)
2. 보험기간 중에 진단확정된 "전자파암"으로 인하여 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표 1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제 2 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나 (보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)

에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(전자파암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "전자파암"이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 중 눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물(암) 또는 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)【별표 10】을 말합니다.

② 전자파암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 전자파암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

※ 유의사항 ※

한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

전자파암치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 전자파암으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관 보험가입금액 전액을 1 회에 한하여 전자파암치료비 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 이 특별약관에서 "전자파암"에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자의 나이가 15 세 미만인 경우는 계약일
2. 피보험자의 나이가 15 세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날.

제 2 조(전자파암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "전자파암"이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 중 눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물(암) 또는 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)【별표 10】을 말합니다.

② 전자파암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 전자파암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

※ 유의사항 ※

한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)의 경우 일차

성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

제 3 조(계약의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 계약일로부터 전자파암에 대한 보장개시일 이전에 전자파암으로 진단 확정되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암 한방치료비 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 제자리암, 갑상선암 또는 경계성종양으로 각각 진단 확정되고, 각각 그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우에는 아래의 금액을 암 한방치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	지급금액(1회당)	지급한도
첩약치료비	보험증권에 기재된 암, 기타피부암, 제자리암, 갑상선암, 경계성종양 각각의 보험가입금액	연간 3회
약침치료비	보험증권에 기재된 암, 기타피부암, 제자리암, 갑상선암, 경계성종양 각각의 보험가입금액	연간 5회
특정한방물리요법치료비	보험증권에 기재된 암, 기타피부암, 제자리암, 갑상선암, 경계성종양 각각의 보험가입금액	연간 5회

② 제 1 항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그 날을 포함하여 ( )일이 지난 날의 다음날로 하며, 기타피부암, 제자리암, 갑상선암 또는 경계성종양은 보험기간 첫날부터 합니다. 단, 계약일은 제 1 회 보험료를 받은 날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제 1 항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제 2 항의 면책기간은 최고 90 일을 한도로 합니다.

④ 제 2 항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15 세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 첩약치료는 연간 3 회를 한도로 하며, 첩약치료 1 회라 함은 아래와 같습니다.

1. 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약치료로 하며, 하나의 처방에서 21첩이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩이상인 경우는 3회로 봅니다.
2. 첩약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1제(20첩)에 준하는 분량을 첩약치료 1회로 합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유)의 약침치료는 연간 5 회를 한도로 하며, 하루에 2 종류 이상의 약침치료를 받거나 동일 종류의 약침치료를 2 회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1 회 약침치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인가능한 것이어야 합니다.

③ 제 1 조(보험금의 지급사유)의 특정한방물리요법치료는 연간 5 회를 한도로 하며, 하루에 2 종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받거나 동일 종류의 특정한방물리요법치료를 2 회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1 회 특정한방물리요법치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인 가능한 것이어야 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 이외에도 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약 등의 목적으로 치료를 받은 경우
2. 첩약치료 및 약침치료가 국민건강보험법에 따른 요양급여에 해당하는 부분으로만 행해진 경우
3. 외모개선 목적으로 치료를 받은 경우
4. 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 또는 한의원이 아닌 의료기관 또는 해외 소재 의료기관에서 치료를 받은 경우

제4조(암 등의 질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 제 8 차 한국표준질병. 사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(<별표 3> (악성신생물(암) 분류표)참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 위의 분류에서 제외합니다.

※ 유의사항 ※
한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 "기타 피부암"이라 함은 제 1 항에서 정한 "암" 중에서 <별표 3> "악성신생물(암) 분류표"의 분류번호 C44 에 해당하는 질병을 말하며, "갑상선암"이라 함은 제 1 항에서 정한 "암" 중에서 <별표 3> "악성신생물(암) 분류표"의 분류번호 C73 에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "제자리암(상피내암)"이라 함은 제 8 차 한국표준질병.사인분류에 있어서 제자리(상피내)의 암으로 분류되는 질병(<별표 4> (제자리 신생물 분류표)참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 제 8 차 한국표준질병.사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(<별표 5> (행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)참조)을 말합니다.

⑥ 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양(이하 "암등의 질병"이라 총칭합니다)의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암등의 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(첩약, 약침 및 특정한방물리요법의 정의)

① 이 약관에서 「첩약」이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 의료기관 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제 2 조에서 정한 「한약」 또는 「한약재」및 약사법 제 2 조에서 정한 「한약」을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제 34 조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표 3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표 4 의료기관의 시설규격 11 의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제급여목록 및 상한금액표 별표 1 한약제제 급여목록표 (보건복지부 고시)」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

② 이 약관에서 「약침」이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제 3 부 행위 비급여목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제 2 부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제 14 장 한방 시술 및 처치료의 침술(보건복지부 고시)」와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

③ 이 약관에서 「특정한방물리요법」이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 한방병원또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제 3 부 행위 비급여 목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌출혈 한방치료비 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 뇌출혈로 진단 확정되고, 그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우에는 아래의 금액을 뇌출혈 한방치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	지급금액(1회당)	지급한도
첩약치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 3회
약침치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회
특정한방물리요법치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 첩약치료는 연간 3 회를 한도로 하며, 첩약치료 1 회라 함은 아래와 같습니다.
1. 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약치료로 하며, 하나의 처방에서 21첩이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩이상인 경우는 3회로 봅니다.
2. 첩약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1제(20첩)에 준하는 분량을 첩약치료 1회로 합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유)의 약침치료는 연간 5 회를 한도로 하며, 하루에 2 종류 이상의 약침치료를 받거나 동일 종류의 약침치료를 2 회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1 회 약침치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인가능한 것이어야 합니다.

③ 제 1 조(보험금의 지급사유)의 특정한방물리요법치료는 연간 5 회를 한도로 하며, 하루에 2 종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받거나 동일 종류의 특정한방물리요법치료를 2 회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1 회 특정한방물리요법치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인 가능한 것이어야 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 이외에도 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약 등의 목적으로 치료를 받은 경우
2. 첩약치료 및 약침치료가 국민건강보험법에 따른 요양급여에 해당하는 부분으로만 행해진 경우
3. 외모개선 목적으로 치료를 받은 경우
4. 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 또는 한의원이 아닌 의료기관 또는 해외 소재 의료기관에서 치료를 받은 경우

제4조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서 "뇌출혈" 이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌출혈로 분류되는 질병【별표 20】을 말합니다.

② 제 1 항의 뇌출혈의 진단확정은 의료법제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(첩약, 약침 및 특정한방물리요법의 정의)
① 이 약관에서 「첩약」이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 의료기관 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제 2 조에서 정한 「한약」 또는 「한약재」및 약사법 제 2 조에서 정한 「한약」을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제 34 조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표 3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표 4 의료기관의 시설규격 11 의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제급여목록 및 상한금액표 별표 1 한약제제 급여목록표

(보건복지부 고시)」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

② 이 약관에서 「약침」이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제 3 부 행위 비급여목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제 2 부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제 14 장 한방 시술 및 처치료의 침술(보건복지부 고시)」와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

③ 이 약관에서 「특정한방물리요법」이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 한방병원또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제 3 부 행위 비급여 목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중 한방치료비 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 뇌졸중으로 진단 확정되고, 그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우에는 아래의 금액을 뇌졸중 한방치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	지급금액(1회당)	지급한도
첩약치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 3회
약침치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회
특정한방물리요법치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 첩약치료는 연간 3 회를 한도로 하며, 첩약치료 1 회라 함은 아래와 같습니다.

1. 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약치료로 하며, 하나의 처방에서 21첩이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩이상인 경우는 3회로 봅니다.
2. 첩약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1제(20첩)에 준하는 분량을 첩약치료 1회로 합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유)의 약침치료는 연간 5 회를 한도로 하며, 하루에 2 종류 이상의 약침치료를 받거나 동일 종류의 약침치료를 2 회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1 회 약침치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인가능한 것이어야 합니다.

③ 제 1 조(보험금의 지급사유)의 특정한방물리요법치료는 연간 5 회를 한도로 하며, 하루에 2 종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받거나 동일 종류의 특정한방물리요법치료를 2 회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1 회 특정한방물리요법치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인 가능한 것이어야 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 이외에도 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약 등의 목적으로 치료를 받은 경우
2. 첩약치료 및 약침치료가 국민건강보험법에 따른 요양급여에 해당하는 부분으로만 행해진 경우
3. 외모개선 목적으로 치료를 받은 경우
4. 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 또는 한의원이 아닌 의료기관 또는 해외 소재 의료기관에서 치료를 받은 경우

제4조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌졸중으로 분류되는 질병【별표 11】을 말합니다.

② 제 1 항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(첩약, 약침 및 특정한방물리요법의 정의)

① 이 약관에서 「첩약」이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 의료기관 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제 2 조에서 정한 「한약」 또는 「한약재」및 약사법 제 2 조에서 정한 「한약」을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제 34 조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표 3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표 4 의료기관의 시설규격 11 의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제급여목록 및 상한금액표 별표 1 한약제제 급여목록표(보건복지부 고시)」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

② 이 약관에서 「약침」이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제 3 부 행위 비급여목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제 2 부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제 14 장 한방 시술 및 처치료의 침술(보건복지부 고시)」와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

③ 이 약관에서 「특정한방물리요법」이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 한방병원또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제 3 부 행위 비급여 목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌혈관질환 한방치료비 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단 확정되고, 그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우에는 아래의 금액을 뇌혈관질환 한방치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	지급금액(1회당)	지급한도
첩약치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 3회
약침치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회
특정한방물리요법치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 첩약치료는 연간 3 회를 한도로 하며, 첩약치료 1 회라 함은 아래와 같습니다.

1. 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약치료로 하며, 하나의 처방에서 21첩이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩이상인 경우는 3회로 봅니다.
2. 첩약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1제(20첩)에 준하는 분량을 첩약치료 1회로 합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유)의 약침치료는 연간 5 회를 한도로 하며, 하루에 2 종류 이상의 약침치료를 받거나 동일 종류의 약침치료를 2 회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1 회 약침치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인가능한 것이어야 합니다.
③ 제 1 조(보험금의 지급사유)의 특정한방물리요법치료는 연간 5 회를 한도로 하며, 하루에 2 종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받거나 동일 종류의 특정한방물리요법치료를 2 회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1 회 특정한방물리요법치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인 가능한 것이어야 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 이외에도 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약 등의 목적으로 치료를 받은 경우
2. 첩약치료 및 약침치료가 국민건강보험법에 따른 요양급여에 해당하는 부분으로만 행해진 경우
3. 외모개선 목적으로 치료를 받은 경우
4. 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 또는 한의원이 아닌 의료기관 또는 해외 소재 의료기관에서 치료를 받은 경우

제4조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서 "뇌혈관질환" 이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병【별표 22】을 말합니다.
② 제 1 항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(첩약, 약침 및 특정한방물리요법의 정의)
① 이 약관에서 「첩약」이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 의료기관 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제 2 조에서 정한 「한약」 또는 「한약재」및 약사법 제 2 조에서 정한 「한약」을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제 34 조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표 3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표 4 의료기관의 시설규격 11 의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제급여목록 및 상한금액표 별표 1 한약제제 급여목록표(보건복지부 고시)」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.
② 이 약관에서 「약침」이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제 3 부 행위 비급여목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제 2 부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제 14 장 한방 시술 및 처치료의 침술(보건복지부 고시)」와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.
③ 이 약관에서 「특정한방물리요법」이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 한방병원또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제 3 부 행위 비급여 목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

제 6 조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증 한방치료비 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 급성심근경색증으로 진단 확정되고, 그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우에는 아래의 금액을 급성심근경색증 한방치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	지급금액(1회당)	지급한도
첩약치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 3회
약침치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회
특정한방물리요법치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 첩약치료는 연간 3 회를 한도로 하며, 첩약치료 1 회라 함은 아래와 같습니다.

1. 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약치료로 하며, 하나의 처방에서 21첩이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩이상인 경우는 3회로 봅니다.
2. 첩약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1제(20첩)에 준하는 분량을 첩약치료 1회로 합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유)의 약침치료는 연간 5 회를 한도로 하며, 하루에 2 종류 이상의 약침치료를 받거나 동일 종류의 약침치료를 2 회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1 회 약침치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인가능한 것이어야 합니다.

③ 제 1 조(보험금의 지급사유)의 특정한방물리요법치료는 연간 5 회를 한도로 하며, 하루에 2 종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받거나 동일 종류의 특정한방물리요법치료를 2 회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1 회 특정한방물리요법치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인 가능한 것이어야 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 이외에도 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약 등의 목적으로 치료를 받은 경우
2. 첩약치료 및 약침치료가 국민건강보험법에 따른 요양급여에 해당하는 부분으로만 행해진 경우
3. 외모개선 목적으로 치료를 받은 경우
4. 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 또는 한의원이 아닌 의료기관 또는 해외 소재 의료기관에서 치료를 받은 경우

제4조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병 **【별표 23】**을 말합니다.

② 제 1 항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(첩약, 약침 및 특정한방물리요법의 정의)

① 이 약관에서 「첩약」이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 의료기관 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제 2 조에서 정한 「한약」 또는 「한약재」및 약사법 제 2 조에서 정한 「한약」을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제 34 조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표 3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표 4 의료기관의 시설규격 11 의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제급여목록 및 상한금액표 별표 1 한약제제 급여목록표(보건복지부 고시)」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

② 이 약관에서 「약침」이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 융합한 약물을

주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제 3 부 행위 비급여목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제 2 부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제 14 장 한방 시술 및 처치료의 침술(보건복지부 고시)」와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

③ 이 약관에서 「특정한방물리요법」이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 한방병원또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제 3 부 행위 비급여 목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

허혈성심장질환 한방치료비 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 허혈성심장질환으로 진단 확정되고, 그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우에는 아래의 금액을 허혈성심장질환 한방치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	지급금액(1회당)	지급한도
첩약치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 3회
약침치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회
특정한방물리요법치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 첩약치료는 연간 3 회를 한도로 하며, 첩약치료 1 회라 함은 아래와 같습니다.

1. 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약치료로 하며, 하나의 처방에서 21첩이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩이상인 경우는 3회로 봅니다.
2. 첩약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1제(20첩)에 준하는 분량을 첩약치료 1회로 합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유)의 약침치료는 연간 5 회를 한도로 하며, 하루에 2 종류 이상의 약침치료를 받거나 동일 종류의 약침치료를 2 회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1 회 약침치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인가능한 것이어야 합니다.

③ 제 1 조(보험금의 지급사유)의 특정한방물리요법치료는 연간 5 회를 한도로 하며, 하루에 2 종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받거나 동일 종류의 특정한방물리요법치료를 2 회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1 회 특정한방물리요법치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인 가능한 것이어야 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 이외에도 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약 등의 목적으로 치료를 받은 경우
2. 첩약치료 및 약침치료가 국민건강보험법에 따른 요양급여에 해당하는 부분으로만 행해진 경우
3. 외모개선 목적으로 치료를 받은 경우
4. 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 또는 한의원이 아닌 의료기관 또는 해외 소재 의료기관에서 치료를 받은 경우

제4조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "허혈성심장질환" 이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심장질환으로 분류되는 질병【별표 22】을 말합니다.

② 제 1 항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(첩약, 약침 및 특정한방물리요법의 정의)

① 이 약관에서 「첩약」이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 의료기관 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제 2 조에서 정한 「한약」 또는 「한약재」및 약사법 제 2 조에서 정한 「한약」을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제 34 조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표 3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표 4 의료기관의 시설규격 11 의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제급여목록 및 상한금액표 별표 1 한약제제 급여목록표(보건복지부 고시)」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

② 이 약관에서 「약침」이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제 3 부 행위 비급여목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제 2 부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제 14 장 한방 시술 및 처치료의 침술(보건복지부 고시)」와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

③ 이 약관에서 「특정한방물리요법」이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 한방병원또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제 3 부 행위 비급여 목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항암방사선치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 「기타피부암 및 갑상선암 이외의 암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우에는 각각 최초 1 회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료비 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
‘기타피부암 및 갑상선암 이외의 암’으로 항암방사선치료를 받은 경우	이 특별약관 가입금액의( )%
‘기타피부암’으로 항암방사선치료를 받은 경우	이 특별약관 가입금액의( )%
‘갑상선암’으로 항암방사선치료를 받은 경우	이 특별약관 가입금액의( )%

② 이 특별약관에서 「기타피부암」, 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 피보험자 나이에 관계없이 계약일로 하며 「기타피부암 및 갑상선암 이외의 암」에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우는 계약일
2. 피보험자의 나이가 15세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날

다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 않습니다.

제 2 조(암 등의 질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암) 로 분류되는 질병(【별표 3】 "악성신생물(암)분류표" 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암 등의 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 3 조(항암방사선치료의 정의)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 "항암방사선치료"라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizingradiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제 4 조(특별약관의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 이 특별약관에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "기타피부암 및 갑상선암 이외의 암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제 5 조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항암약물치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 「기타피부암 및 갑상선암 이외의 암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」(이하 "암 등의 질병"이라 합니다)으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료"를 받은 경우에는 각각 최초 1 회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
'기타피부암 및 갑상선암 이외의 암'으로 항암약물치료를 받은 경우	이 특별약관 가입금액의( )%
'기타피부암'으로 항암약물치료를 받은 경우	이 특별약관 가입금액의( )%
'갑상선암'으로 항암약물치료를 받은 경우	이 특별약관 가입금액의( )%

② 이 특별약관에서 「기타피부암」, 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 피보험자 나이에 관계없이 계약일로 하며 「기타피부암 및 갑상선암 이외의 암」에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.
1. 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우는 계약일
2. 피보험자의 나이가 15세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일( )일은 90일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날

다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 않습니다.

제 2 조(암 등의 질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암) 로 분류되는 질병(【별표 3】 "악성신생물(암)분류표" 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암 등의 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 3 조(항암약물치료의 정의)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제 4 조(특별약관의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 이 특별약관에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "기타피부암 및 갑상선암 이외의 암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제 5 조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항암방사선·약물치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 「기타피부암 및 갑상선암 이외의 암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」(이하 "암 등의 질병"이라 합니다)으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료" 또는 "항암약물치료"를 받은 경우에는 각각 최초 1 회에 한하여 아래의 금액을 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
‘기타피부암 및 갑상선암 이외의 암’으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우	이 특별약관 가입금액의( )%
‘기타피부암’으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우	이 특별약관 가입금액의( )%
‘갑상선암’으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우	이 특별약관 가입금액의( )%

② 이 특별약관에서 「기타피부암」, 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 피보험자 나이에 관계없이 계약일로 하며 「기타피부암 및 갑상선암 이외의 암」에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.
1. 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우는 계약일
2. 피보험자의 나이가 15세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날

다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 않습니다.

제 2 조(암 등의 질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암) 로 분류되는 질병(【별표 3】 “악성신생물(암)분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암 등의 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 3 조(항암방사선치료 또는 항암약물치료의 정의)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 “항암방사선치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizingradiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
② 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제 4 조(특별약관의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 이 특별약관에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “기타피부암 및 갑상선암 이외의 암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제 5 조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대장 양성종양(폴립포함)진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '대장 양성종양(폴립포함)'으로 진단확정된 경우에는 연간 1 회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 대장양성종양(폴립포함)이 발생한 부위, 개수와 관계없이 이 틀별약관의 보험가입금액은 연간 1 회에 한하여 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

② 제 1 항에서 "연간"이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제 2 조(대장 양성종양(폴립포함)의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 '대장 양성종양(폴립포함)'이라 함은【별표 49】'대장 양성종양 및 폴립 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '대장 양성종양(폴립포함)'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '양성종양(폴립포함)'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

위·십이지장 양성종양(폴립포함)진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '위·십이지장 양성종양(폴립포함)'으로 진단확정된 경우에는 연간 1 회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 위·십이지장 양성종양(폴립포함)이 발생한 부위, 개수와 관계없이 이 틀별약관의 보험가입금액은 연간 1 회에 한하여 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

② 제 1 항에서 "연간"이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제 2 조(위·십이지장 양성종양(폴립포함)의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 '위·십이지장 양성종양(폴립포함)'이라 함은【별표 50】'위·십이지장 양성종양 및 폴립 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '위·십이지장 양성종양(폴립포함)'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '양성종양(폴립포함)'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

만성당뇨합병증진단비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「만성당뇨합병증」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1 회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 만성당뇨합병증진단비로 지급합니다.
② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 만성당뇨합병증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제 1 항의 만성당뇨합병증진단비를 지급합니다.

제 2 조(만성당뇨합병증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「만성당뇨합병증」이라 함은 제 8 차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「만성당뇨합병증」으로 분류되는 질병으로 【별표 45】(만성당뇨합병증대상질병 분류표)에서 정한 1 형 당뇨병, 2 형 당뇨병, 영양실조-관련 당뇨병, 기타 명시된 당뇨병, 상세불명의 당뇨병, 기타 당뇨병성 합병증을 말합니다.
② 「만성당뇨합병증」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 반드시 피보험자가 당뇨병의 병력과 함께 다음과 같은 기준에 의하여 합병증진단을 받아야 합니다. 또한, 회사는「만성당뇨합병증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
   1. 당뇨병성 망막증 : 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조영술을 시행하여 망막 출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
   2. 당뇨병성 신증 : 소변검사상 단백뇨가 생길 수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백이 500mg이상 검출된 경우(단백뇨군으로 분류), 혈청 크레아틴치가 1.5mg/dl이상인 경우(당뇨로 인한 신부전증으로 분류)
   3. 당뇨병성 신경병증 : 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성신경병증의 이상소견을 보이거나 EWING 방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우
   4. 당뇨병성 말초순환장애 : 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증 입원일당(4 일이상 120 일 한도)보장 특별약관

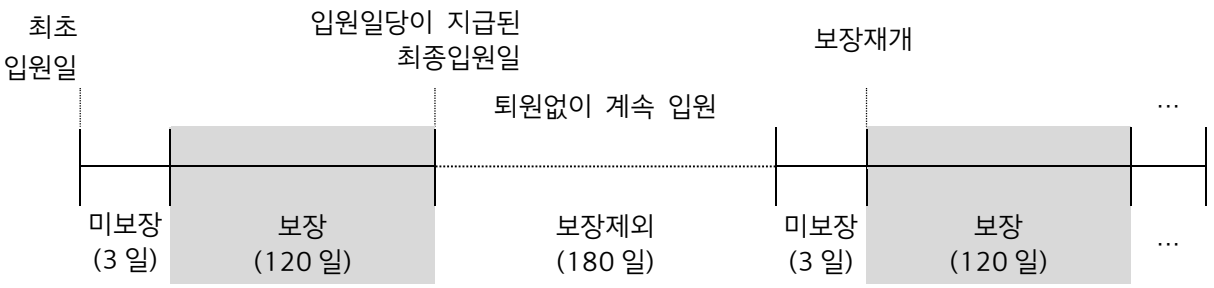
제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 급성심근경색증으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.)에서 4 일 이상 계속 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다.)하여 치료를 받은 때에는 이 특별약관에 따라 4 일째 입원일부터 입원 1 일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 급성심근경색증입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 한도로 합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 급성심근경색증의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
② 제 1 항에도 불구하고 동일한 급성심근경색증에 대한 입원이라도 급성심근경색증입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 급성심근경색증입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 급성심근경색증입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

※ 보상기간 예시 ※



③ 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 급성심근경색증입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 급성심근경색증입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 피보험자의 선천성 뇌질환
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 제 1 항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제 4 조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류 에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병 【별표 11】을 말합니다.
② 제 1 항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 5 조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 급성심근경색증의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여

의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 급성심근경색증으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 급성심근경색증의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 급성심근경색증을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 급성심근경색증 진단된 경우에는 이는 급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 이 특별약관에 있어서 「계속 입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 급성심근경색증으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중 입원일당(4 일이상 120 일 한도)보장 특별약관

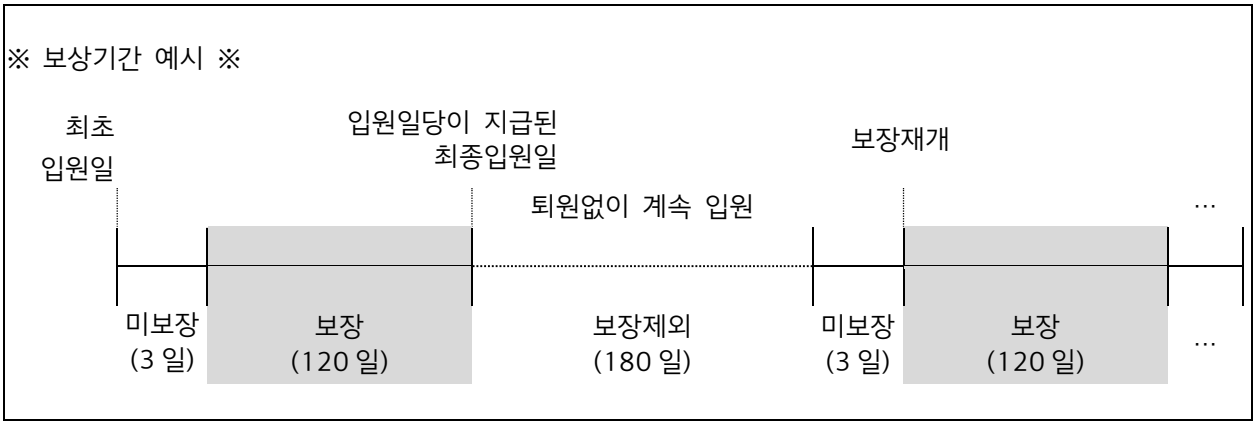
제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 뇌졸중으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.)에서 4 일 이상 계속 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 뇌졸중의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다.)하여 치료를 받은 때에는 이 특별약관에 따라 4 일째 입원일부터 입원 1 일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 뇌졸중입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 한도로 합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 뇌졸중의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 동일한 뇌졸중에 대한 입원이라도 뇌졸중입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 뇌졸입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌졸중입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 뇌졸중입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 뇌졸중입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 피보험자의 선천성 뇌질환
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 제 1 항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제 4 조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류 에 있어서 뇌졸중으로 분류되는 질병 【별표 11】을 말합니다.

② 제 1 항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 5 조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 뇌졸중의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「뇌졸중의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 뇌졸중으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 뇌졸중의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 뇌졸중을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 뇌졸중의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 뇌졸중 진단된 경우에는 이는 뇌졸중의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 이 특별약관에 있어서 「계속 입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 뇌졸중으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

누적외상성질환(VDT 증후군)입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

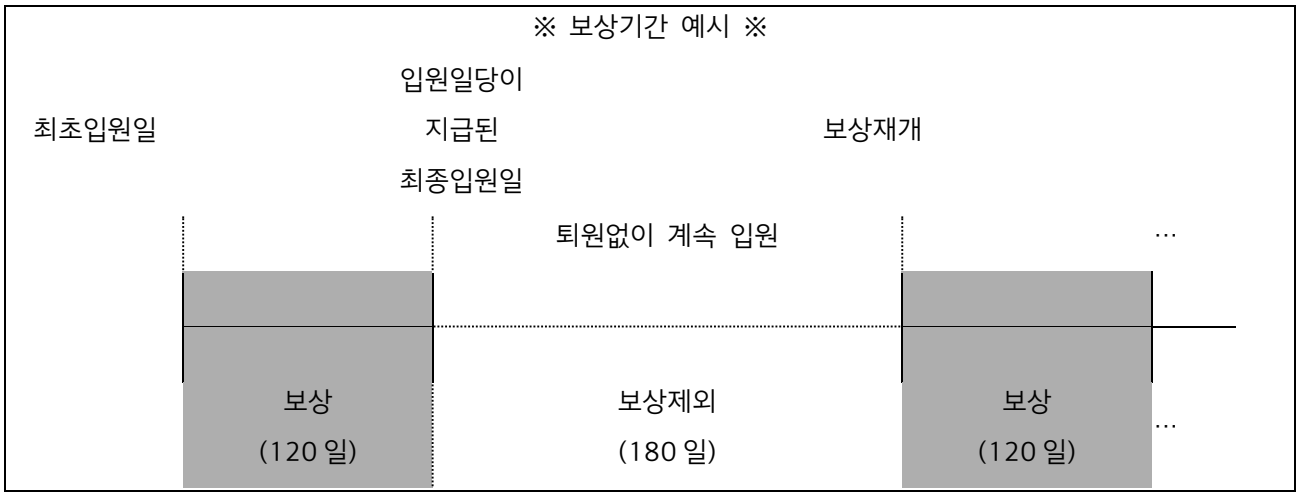
회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 【별표 9】에서 정한 누적외상성질환으로 인하여 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에 입원 하여 의사의 치료를 받은 경우에는 입원일로부터 입원 1 일당 이 특별약관 보험가입금액 전액을 입원일당으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 한도로 합니다

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 누적외상성질환(VDT 증후군)입원일당을 120 일 한도로 보상하여 드립니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유)의 입원이라 함은 누적외상성질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원을 말하며 누적 외상성질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사 의 소견에 따라 누적외상성질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 누적외상성질환으로 진단된 경우에는 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 원인의 누적외상성질환의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2 회이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 원인의 누적외상성질환에 의한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일이 지나고 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 입원비는 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원비 의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 3 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 규정하지 아니하는 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

⊙ 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

⊙ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

뇌혈관질환치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 보통약관 피보험자가 보험기간중에 뇌혈관질환으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관 보험가입금액 전액을 최초 1 회에 한하여 뇌혈관질환 치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제 2 조(질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "뇌혈관질환" 이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병【별표 23】을 말합니다.

② 제 1 항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌혈관질환수술비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단이 확정되고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 수술 1 회당 이 특별약관에서 정한 보험가입금액을 뇌혈관질환 수술비로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

② 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 뇌혈관질환 수술을 받을 경우에는 1 회의 수술로 봅니다.

제 2 조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “뇌혈관질환”이라 함은 제 8 차 한국표준질병·사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병(【별표 22】 참조)을 말합니다.

② 제 1 항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 3 조(수술의 정의와 장소)

① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

③ 제 1 항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제 1 항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 보통약관 피보험자가 보험기간중에 급성심근경색증으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관 보험가입금액 전액을 최초 1 회에 한하여 급성심근경색증 치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제 2 조(질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병【별표 23】을 말합니다.

② 제 1 항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 보통약관 피보험자가 보험기간중에 뇌졸중으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관 보험가입금액 전액을 최초 1 회에 한하여 뇌졸중 치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제 2 조(질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌졸중으로 분류되는 질병【별표 11】을 말합니다.

② 제 1 항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌출혈치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중에 뇌출혈로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관 보험가입금액 전액을 최초 1 회에 한하여 뇌출혈 치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제 2 조(질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "뇌출혈" 이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌출혈로 분류되는 질병【별표 20】을 말합니다.

② 제 1 항의 뇌출혈의 진단확정은 의료법제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

허혈성심장질환치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중에 허혈성심장질환으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관 보험가입금액 전액을 최초 1 회에 한하여 허혈성심장질환 치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제 2 조(질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "허혈성심장질환" 이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심장질환으로 분류되는 질병【별표 22】을 말합니다.

② 제 1 항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 허혈

성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

허혈성심장질환수술비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 허혈성심장질환으로 진단이 확정되고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 수술 1 회당 이 특별약관에서 정한 보험가입금액을 허혈성심장질환 수술비로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

② 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 허혈성심장질환 수술을 받을 경우에는 1 회의 수술로 봅니다.

제 2 조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 제 8 차 한국표준질병·사인분류에 있어서 허혈성심장질환으로 분류되는 질병(【별표 22】 참조)을 말합니다.

② 제 1 항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 3 조(수술의 정의와 장소)

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

③ 제 1 항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제 1 항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심

의기구를 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3 대장애발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중의 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 인하여 시각장애, 청각장애, 언어장애 중 하나 이상의 장애(이하 "3 대 장애"라 합니다)가 발생하고 장애인 복지법 시행령 제 2 조에 정한 장애인 (시각장애인, 청각장애인, 언어장애인을 말합니다.【별표 27】참조)이 된 경우 이 특별약관 가입금액을 최초 1 회에 한하여 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가 3 대 장애중 동시에 두 종류 이상의 장애가 발생하여 장애인이 된 경우에도 하나의 장애로 인한 보험금만 지급합니다.

※ 용어의 정의 ※

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

· 질병 : 보험기간 중에 진단확정된 질병을 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 선천적 장애

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

척추옆굽음증진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중에 콥스 각도(Cobb's Angle) 20 도 이상의 척추옆굽음증(이하 '척추옆굽음증'이라 합니다)으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관 보험가입금액 전액을 1 회에 한하여 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제 2 조(질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "척추옆굽음증" 이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 척추옆굽음증로 분류되는 질병【별표 25】말합니다.

② 제 1 항의 척추옆굽음증의 진단확정은 의료법제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 기립위 척추 전장 전후방 단순 방사선 사진 검사를 기초로 하여야 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

백혈병진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 백혈병으로 진단이 확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 1 회에 한하여 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 "백혈병"에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 않습니다.

제 2 조(질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "백혈병" 이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 백혈병으로 분류되는 "림프 백혈병", "골수성 백혈병","단핵구성 백혈병", "명시된 세포형의 기타 백혈병", "상세불명 세포형의 백혈병"(【별표 26 "백혈병 분류표"참조)을 말합니다. 다만, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 백혈병의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 백혈병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1~3 종수술비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로【별표 8】에서 정하는 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1 회당 수술 종류에 따라 1~3 종 수술비를 지급합니다.

구 분	지급금액
1종	이 특약의 보험가입금액의 ( )%
2종	이 특약의 보험가입금액의 ( )%
3종	이 특약의 보험가입금액의 ( )%

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 1~3 종 수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

②제 1 항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식 기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

③ 보험수익자와 화사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조 (수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

> **<신의료기술평가위원회>**
> 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

수술비용보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 【별표 8】에서 정하는 수술을 받았을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 수술비로 피보험자에게 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(수술의 정의)

이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

수술비용보장 특별약관(Ⅱ)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 【별표 8-1】에서 정하는 수술을 받았을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 수술비로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 피보험자가 장기이식을 위한 장기공여자로서 수술을 받은 경우에도 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 수술비로 피보험자에게 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(수술의 정의)

이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유방절제수술비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 원인으로【별표 31】유방절제수술 분류표에서 정한 "유방절제수술(Total Mastectomy)을 받은 경우 최초 1 회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유방절제수술비를 지급하여 드립니다. 단, 부분절제술(Subtotal Mastectomy), 국소절제수술(Lumpectomy), 유방의 절제를 동반하지 않은 유두의 절제, 미용을 위한 절제술, 유방의 조직검사(Biopsy)는 제외합니다.

② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 다만, 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함하지 않습니다.

③ 제 1 항의 유방절제수술(Total Mastectomy)이라 함은 편측단순유방절제술, 양측단순유방절제술, 편측확대유방절제술 , 양측확대유방절제술, 편측근치적유방절제술, 양측근치적유방절제술, 편측확대근치적유방절제술, 양측확대근치적유방절제술을 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

깁스치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 깁스(Cast)치료를 받은 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 지급하여 드립니다.

② 위 제 1 항에서 깁스(Cast)치료라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.

③ 위 제 2 항에서 부목(Splint Cast)치료라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 동일한 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 깁스(Cast)치료를 2 회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1 회에 한하여 보장하여 드립니다.

② 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

요양비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에 181 일 이상 입원한 경우에는 보험가입금액을 요양비로 피보험자에게 지급합니다.

※ 용어의 정의 ※

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

· 질병: 보험기간 중에 진단확정된 질병을 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 항의 요양비를 보상하여 드립니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 입원일수는 하나의 상해 또는 질병을 치료하기 위해서 입원한 기간을 말하며, 퇴원 후 1 년이 지난 후 재입원하는 경우에는 새로운 상해 또는 질병을 치료하기 위한 입원으로 봅니다.

③ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 선천성 뇌질환
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

치아보철치료비보장 특별약관(II)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병(상해와 관련이 없는 치통, 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 등을 말하며, 이하 "질병"이라 합니다.)으로 인하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 대한민국내의 치과 병 · 의원에서 영구치에 대해 임플란트, 가철성의치(틀니), 고정성가공의치(브릿지) 및 크라운 치료(이하 "치아보철치료"라 합니다) 중 보험증권에 기재된 치료를 받았을 때에는 보험수익자에게 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 약정한 보험증권에 기재된 치료에 해당하는 치아보철치료비보험금을 지급합니다.

② 제 1 항의 보장개시일은 보험기간 첫날로부터 그 날을 포함하여 ( )일【( )일은 180 일을 넘지 않습니다】이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.

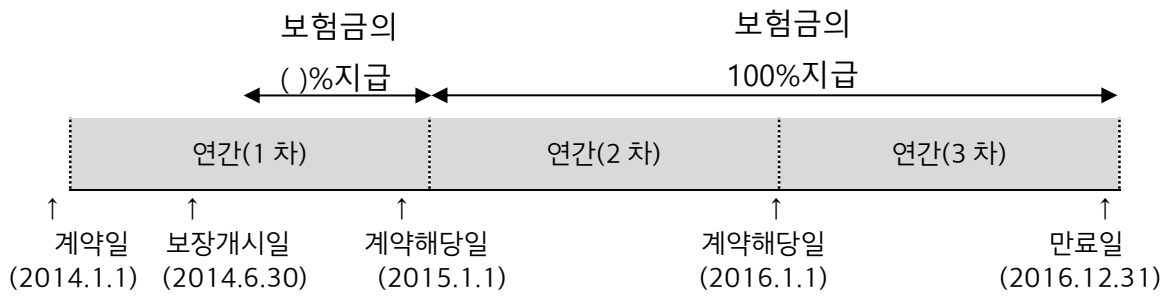
제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 아래에 정한 금액을 치아보철치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	치아보철치료비보험금	지급한도
가철성의치(틀니)	보철물당 100 만원	연간 1 회
임플란트	영구치발거 1 개당 ( )만원	개수 한도 없음
고정성가공의치(브릿지)	영구치발거 1 개당 ( )만원	개수 한도 없음
크라운	크라운치료 1 개당 ( )만원	개수 한도 없음

단, 보장개시일로부터 최초로 도래하는 계약해당일 전일 이전에 치아보철치료를 받았을 경우 치아보철치료의 시기에 상관없이 위에서 정한 해당 치아보철치료비 보험금의 ( )%를 지급합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 하는 경우 치아보철치료비보험금 지급사유 발생시 전액 지급합니다.

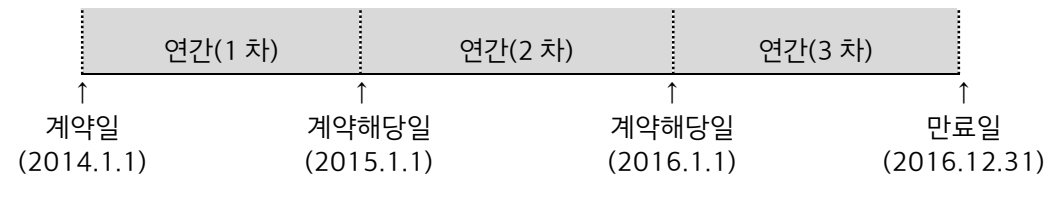
< 치아보철치료비 보험금 지급 예시>



□ 계약해당일이란 매년 도래하는 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

② 제 1 항의 "연간"이라 함은 계약일을 시작으로 매 1 년 단위의 기간을 의미하며 보험기간 3 년을 기준으로 "연간"은 아래와 같이 구분합니다.

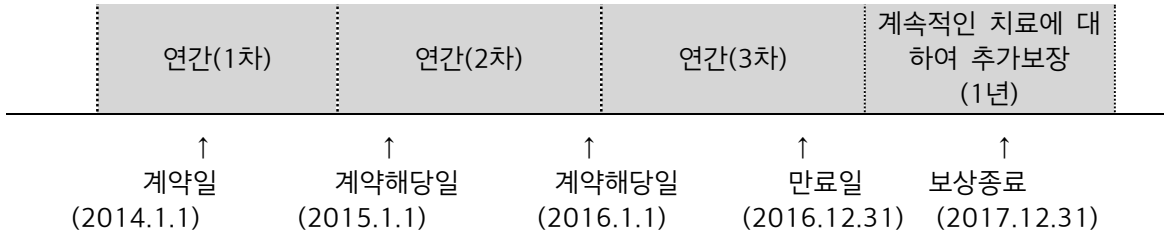
< 보험기간 3 년 기준 연간구분 예시 >



□ 계약해당일이란 매년 도래하는 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다

③ 제 1 항에도 불구하고 보장개시일 이후 제 1 항에 해당하는 치아보철치료가 필요하다는 진단을 받고, 보험기간이 만료되었을 때에도 만료일로부터 1 년(보험기간 만료일은 제외합니다)이내의 치아보철치료에 대해서는 만료일 직전에 해당하는 연간지급한도 내에서 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



④ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 피보험자가 동일한 상해나 질병으로 복합형태의 치아보철치료를 받은 경우 해당 치아보철치료 중 가장 높은 한가지의 해당 치아보철치료비보험금만을 지급합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항, 제 2 항 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 치아보철치료비는 보상하여드리지 않습니다.

1. 부정치열을 교정하기 위해 영구치를 발거하는 경우
2. 매복치 및 매몰치(Embedded and impacted teeth)또는 제 3 대구치(사랑니)에 대한 보철치료
3. 영구치 발거의 직접적인 원인이 상해나 질병이 아닌 보철치료를 위한 준비로서 영구치를 발거하는경우
4. 기타 상해나 질병이 아닌 다른 원인으로 영구치를 발거하는 경우

제 4 조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 보통약관 제 7 조(보험금의 청구) 및 아래의 치아보철치료관련 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 치아보철치료 진단서
   가. 영구치 발거의 위치(또는 치아번호) 및 일자
   나. 영구치 발거전 치아상태
   다. 직접적인 영구치 발거 원인
   라. 치아보철치료의 종류 및 치료종료일
2. 치과진료 기록 사본
3. 치아보철치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료

제 5 조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

치아보철(임플란트,브릿지,틀니)치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병(상해와 관련이 없는 치통, 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 등을 말하며, 이하 "질병"이라 합니다.)으로 인하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 대한민국내의 치과 병 · 의원에서 영구치에 대해 임플란트, 가철성의치(틀니), 고정성가공의치(브릿지)(이하 "치아보철치료"라 합니다) 중 보험증권에 기재된 치료를 받았을 때에는 보험수익자에게 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 약정한 보험증권에 기재된 치료에 해당하는 치아보철치료비보험금을 지급합니다.

② 제 1 항의 보장개시일은 보험기간 첫날로부터 그 날을 포함하여 ( )일【( )일은 180 일을 넘지 않습니다】이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.

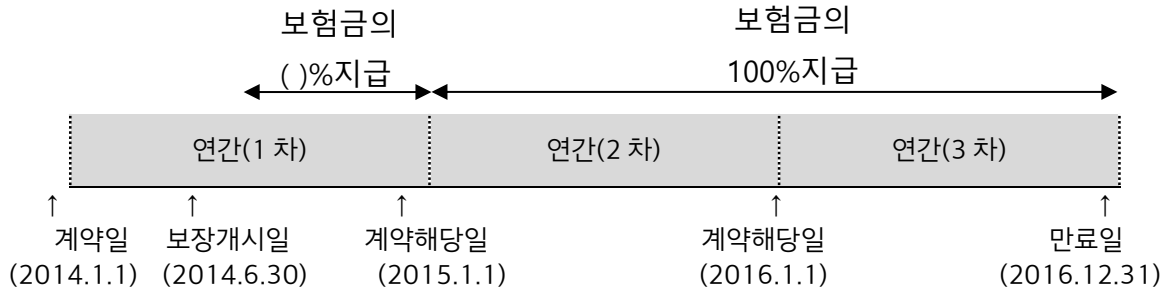
제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 아래에 정한 금액을 치아보철치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	치아보철치료비보험금	지급한도
가철성의치(틀니)	보철물당 ( )만원	연간 1 회
임플란트	영구치발거 1 개당 ( )만원	연간 3 개
고정성가공의치(브릿지)	영구치발거 1 개당 ( )만원	연간 3 개

단, 보장개시일로부터 최초로 도래하는 계약해당일 전일 이전에 영구치를 발거할 경우 치아보철치료의 시기에 상관없이 위에서 정한 해당 치아보철치료비 보험금의 ( )%를 지급합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 하는 경우 치아보철치료비보험금 지급사유 발생시 전액 지급합니다.

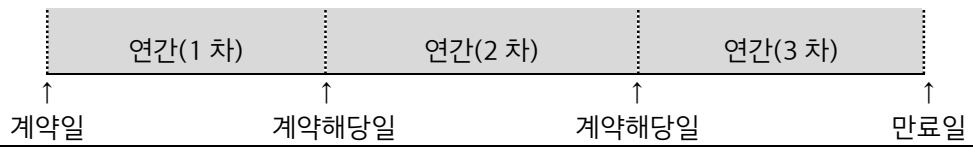
< 치과보철치료비 보험금 지급 예시>



□ 계약해당일이란 매년 도래하는 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

② 제 1 항의 "연간"이라 함은 계약일을 시작으로 매 1 년 단위의 기간을 의미하며 보험기간 3 년을 기준으로 "연간"은 아래와 같이 구분합니다.

< 보험기간 3 년 기준 연간구분 예시 >

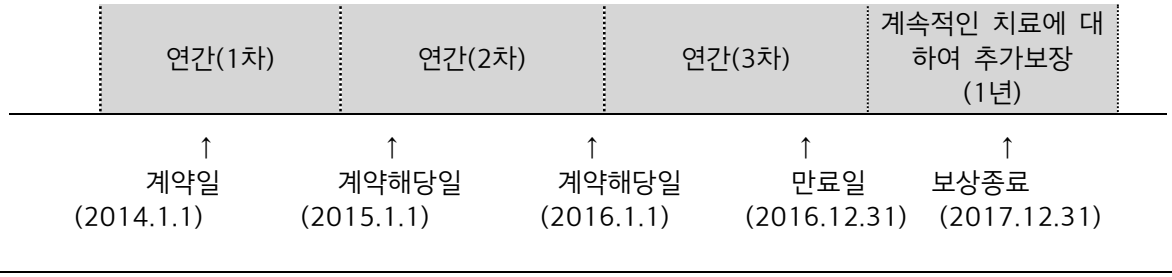


(2014.1.1)	(2015.1.1)	(2016.1.1)	(2016.12.31)

□ 계약해당일이란 매년 도래하는 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다

③ 제 1 항에도 불구하고 보장개시일 이후 제 1 항에 해당하는 치아보철치료가 필요하다는 진단을 받고, 보험기간이 만료되었을 때에도 만료일로부터 1 년(보험기간 만료일은 제외합니다)이내의 치아보철치료에 대해서는 만료일 직전에 해당하는 연간지급한도 내에서 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



④ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 피보험자가 동일한 상해나 질병으로 복합형태의 치아보철치료를 받은 경우 해당 치아보철치료 중 가장 높은 한가지의 해당 치아보철치료비보험금만을 지급합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항, 제 2 항 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 치아보철치료비는 보상하여드리지 않습니다.

1. 치아보철물에 대한 수리, 복구, 대체 및 치료를 하는 경우
2. 부정치열을 교정하기 위해 영구치를 발거하는 경우
3. 매복치 및 매몰치(Embedded and impacted teeth)또는 제 3 대구치(사랑니)에 대한 보철치료
4. 영구치 발거의 직접적인 원인이 상해나 질병이 아닌 보철치료를 위한 준비로서 영구치를 발거하는경우
5. 기타 상해나 질병이 아닌 다른 원인으로 영구치를 발거하는 경우

제 4 조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 보통약관 제 7 조(보험금의 청구) 및 아래의 치아보철치료관련 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 치아보철치료 진단서
   가. 영구치 발거의 위치(또는 치아번호) 및 일자
   나. 영구치 발거 전 치아상태
   다. 직접적인 영구치 발거 원인
   라. 치아보철치료의 종류 및 치료종료일
2. 치과진료 기록 사본
3. 치아보철치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료

제 5 조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

치아보철(크라운)치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병(상해와 관련이 없는 치통, 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 등을 말하며, 이하 "질병"이라 합니다.)으로 인하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 대한민국내의 치과 병·의원에서 치아에 대해 크라운 치료를 받았을 때에는 보험수익자에게 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 약정한 크라운치료비보험금을 지급합니다.

② 제 1 항의 보장개시일은 보험기간 첫날로부터 그 날을 포함하여 ( )일(( )일은 180 일을 넘지 않습니다)이 지난 날의 다음날로 하며, 피보험자의 보험나이가 3 세 미만일 경우에는 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.

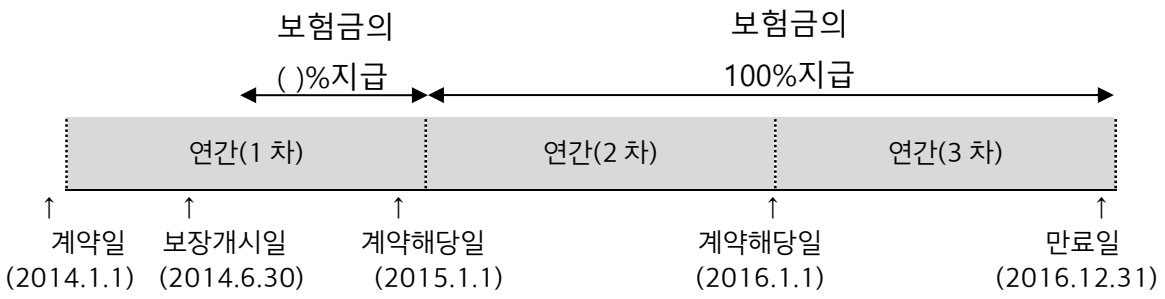
제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 아래에 정한 금액을 크라운치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	크라운치료비보험금	지급한도
크라운	크라운치료 1 개당 ( )만원	연간 ( )개

단, 보장개시일로부터 최초로 도래하는 계약해당일 전일 이전에 크라운치료를 받았을 경우 크라운치료의 시기에 상관없이 위에서 정한 크라운치료비 보험금의 ( )%를 지급합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 하는 경우 크라운치료비보험금 지급사유 발생시 전액 지급합니다.

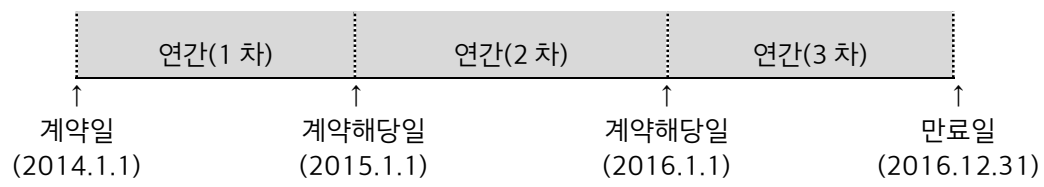
< 크라운치료비보험금 지급 예시>



□ 계약해당일이란 매년 도래하는 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다

② 제 1 항의 "연간"이라 함은 계약일을 시작으로 매 1 년 단위의 기간을 의미하며 보험기간 3 년을 기준으로 "연간"은 아래와 같이 구분합니다.

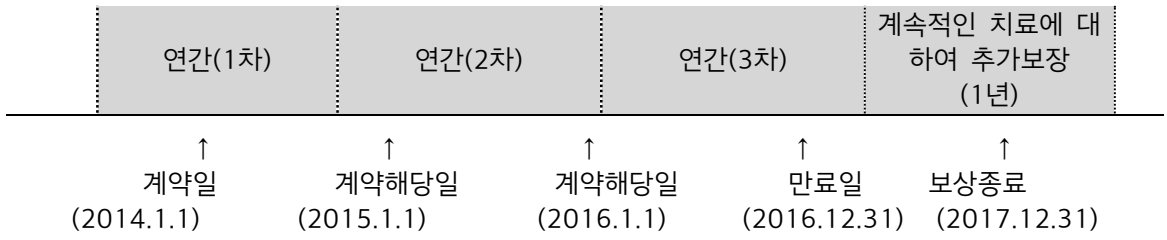
< 보험기간 3 년 기준 연간구분 예시 >



□ 계약해당일이란 매년 도래하는 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

③ 제 1 항에도 불구하고 보장개시일 이후 제 1 항에 해당하는 크라운치료가 필요하다는 진단을 받고, 보험기간이 만료되었을 때에도 만료일로부터 1 년(보험기간 만료일은 제외합니다)이내의 크라운치료에 대해서는 만료일 직전에 해당하는 연간지급한도 내에서 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



④ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항, 제 2 항 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 크라운치료비는 보상하여드리지 않습니다.

1. 크라운에 대한 수리, 복구, 대체 및 치료를 하는 경우
2. 매복치 및 매몰치(Embedded and impacted teeth)또는 제 3 대구치(사랑니)에 대한 크라운치료
3. 기타 상해나 질병이 아닌 다른 원인으로 크라운치료를 하는 경우

제 4 조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 보통약관 제 7 조(보험금의 청구) 및 아래의 크라운치료관련 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 크라운치료 진단서
   가. 크라운치료의 위치(또는 치아번호) 및 일자
   나. 크라운치료 전 치아상태
   다. 직접적인 크라운치료 원인
   라. 크라운치료의 종류 및 치료종료일
2. 치과진료 기록 사본
3. 크라운치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료

제 5 조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어정의 ※

① "치아우식증(충치)"이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증(충치)), K04(치수 및 치근단 주위조직의 질환)에 해당하며 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식증(충치)은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.

② “치주질환(잇몸질환)”이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염(잇몸염) 및 치주질환 (잇몸질환))에 해당하며 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환(잇몸질환)은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만국한됐을 때는 치은염이라 하고 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다

③ “영구치”란 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제 3 대 구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.

④ “영구치 발거”란 치과의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.

⑤ “치아보철치료”라 함은 크라운(주조금형, crown), 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치 (Bridge), 임플란트(Implant)의 네 가지 치료를 말합니다.

가. “크라운”이란 주조금형 또는 치관장착 이라고도 하며 신경치료한 치아를 보호하기 위하여 치아 전면을 금(gold)이나 세라믹(ceramic) 등으로 모자를 씌우듯는 감싸주는 치료를 말합니다.

나. “가철성의치(Denture)”란 일반적으로 틀니라고 말하며 영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때 인공적으로 대치하는 보철물을 장착하는 시술로서 국소의치와 총의치를 포함합니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해 주는 보철물을 말하며 금관, 지대치 혹은 다른 고정성 가공의치(Bridge) 및 점막에서지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러가지 재료를 사용하여 제작하는의치를 말하며 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위 조직을 대신하는 인공 보철물입니다.

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

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

치아치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 피보험자가 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병(상해와 관련이 없는 치통, 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 등을 말하며, 이하 ”질병”이라 합니다)의 직접결과로써 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 대한민국내의 치과 병 · 의원(이하 “치과” 라 합니다)에서 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 1 항에서 정한 보존치료(충전치료)를 받았을 때 : 보존치료보험금
2. 피보험자가 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병의 직접결과로써 치과에서 치아를 발치하였을 때 : 발치치료보험금
3. 피보험자가 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병의 직접결과로써 치과에서 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 1 항에서 정한 치주질환치료(잇몸질환치료)를 받았을 때 : 치주질환치료보험금

② 제 1 항의 보장개시일은 보험기간 첫날로부터 그 날을 포함하여 ( )일(( )일은 180 일을 넘지 않습니다)이 지난 날의 다음날로 하며, 피보험자의 보험나이가 3 세 미만일 경우에는 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.

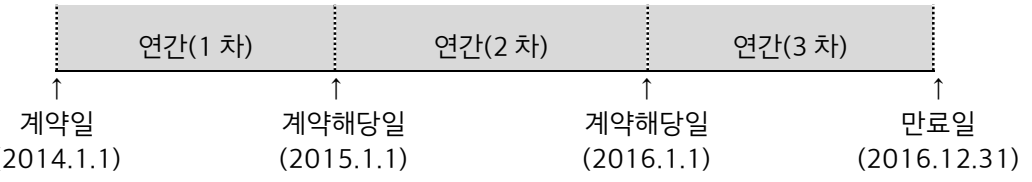
제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 제 1 조(보험금의 지급사유)에 해당하는 치료종류에 따라 아래에 정한 금액을 피보험자에게 지급합니다.

치료종류	치료항목	보험금	지급한도
보존치료 (충전치료)	아말감 충전	충전 치아 1 개당 5 만원 (아말감 충전은 치아 1 개당 1 만원)	연간 치아 5 개 한도
	인레이/온레이		
	컴퍼짓 레진 수복		
	글래스아이오노머 수복		
발치치료	치아발치	발치 치아 1 개당 1 만원	연간 치아 5 개 한도
치주질환치료	치주소파술	1/3 악당 2 만원	연간 20 만원 한도
	치은신부착술		
	치은성형술		
	치은절제술		
	치은박리소파술		
	치근면처치술		
	치조골결손부 골이식술		
	조직유도재생술		
	조직유도재생막 제거술		
	치은측방변위판막술		
	치관변위판막술		
	치은이식술		
	치근절제술		
	치관확장술		
	치관분리술		
	상기 치주질환치료와 관련된 치료 전후 처치		
	치석제거(스케일링)	1 만원	연간 1 회 한도

② 제 1 항의 “연간”이라 함은 계약일을 시작으로 매 1 년 단위의 기간을 의미하며 보험기간 3 년을 기준으로 “연간”은 아래와 같이 구분합니다.

< 보험기간 3 년 기준 연간구분 예시 >



□ 계약해당일이란 매년 도래하는 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다

③ 제 1 항에도 불구하고 보장개시일 이후 제 1 항에 해당하는 치료가 필요하다는 진단을 받고, 보험기간이 만료되었을 때에도 만료일로부터 180 일(보험기간 만료일은 제외합니다)이내의 치료에 대해서는 만료일 직전에 해당하는 연간지급한도 내에서 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



↑	↑	↑	↑	↑
계약일	계약해당일	계약해당일	만료일	보상종료
(2014.1.1)	(2015.1.1)	(2016.1.1)	(2016.12.31)	(2017.6.29)

④ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 상해나 질병이 아닌 심미적인 이유나 기타 다른 원인으로 인한 치과치료
2. 보존치료의 충전재에 대한 수리, 복구, 대체를 하는 경우
3. 매복치 및 매몰치(Embedded and impacted teeth)에 대해 발치하는 경우
4. 부정치열을 교정하기 위해 치아를 발치하는 경우
5. 발치의 직접적인 원인이 상해나 질병이 아닌 보철치료를 위한 준비로서 치아를 발치하는 경우의 해당 치아
6. 제 3 대구치(사랑니)를 발치하는 경우

제 4 조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 보통약관 제 7 조(보험금의 청구) 및 아래의 보존, 발치, 치주질환치료와 관련한 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 치과진료기록사본
2. 치과치료진단서(치과진료기록사본으로 보험금 지급여부 판단이 불가능한 경우)

제 5 조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어풀이 ※

1. 제 1 항의 보존치료(충전치료)항목

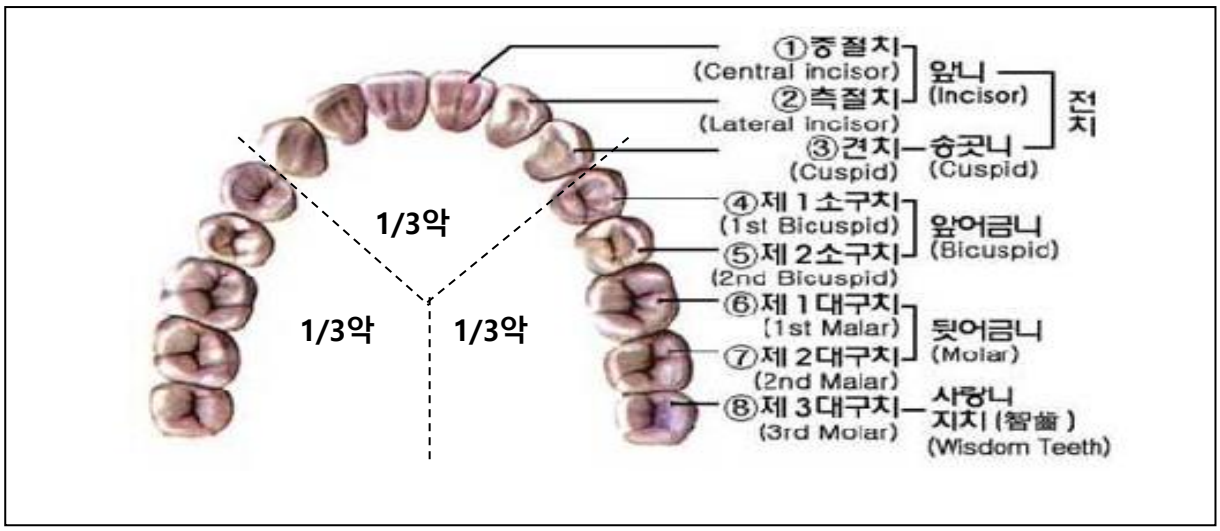
보존치료(충전치료)항목	설 명
아말감 충전	아말감은 주석과 아연 등 금속과 수은을 섞어 만든 충전용 재료로써 충치가 생긴 치질을 삭제하고 그 와동에 아말감을 채워넣는 치료입니다.

인레이/온레이	충치 등으로 치아에 형성된 와동에 금, 레진, 세라믹 등의 재료를 이용하여 수복물을 제작하고, 접착제로 접착하여 치아의 결손부위를 수복하는 치료로서, 인레이는 치관의 일부만, 온레이는 교합면의 전부를 덮어 수복하는 것을 말합니다.
컴퍼짓 레진 수복	충치나 치아의 결손부위에 레진이라는 플라스틱 계열 치과용 재료를 채워 넣는 치료입니다.
글래스아이오노머 수복	충치나 치아의 결손부위에 글래스아이오노머라는 치과용 복합재료을 채워 넣는 치료입니다.

2. 제 1 항의 치주질환치료항목

치주질환치료항목	설 명
치주소파술	치아와 잇몸 사이의 염증성 조직(치주낭)을 제거하는 치료입니다.
치은신부착술	잇몸의 염증성 조직(치주낭)을 절개 및 제거한 후 각 치간부를 봉합하는 치료입니다.
치은성형술	치은(잇몸)의 형태를 생리적이고 심미적인 형태가 되도록 외과적으로 재형성해주는 치료를 말하며, 수술은 치은절제술과 유사합니다.
치은절제술	염증성 조직(치주낭)이 깊게 형성된 경우, 치은(잇몸) 증식이 있는 경우 등을 인해 치은(잇몸)을 절제해 내는 치료입니다.
치은박리소파술	염증성 조직(치주낭) 깊은 곳까지 치석이나 염증이 존재하는 경우, 수술로 치은(잇몸)을 절개하여 젖힌 후 치석과 염증 조직을 제거한 후에 잇몸을 다시 봉합하여 주는 치료입니다.
치근면치료술	치주 수술시 치근에 남아있는 내독소 등 재부착에 장애를 주는 물질을 없애기 위해 구연산 또는 테트라싸이클린 등으로 치근면에 도포해 주는 치료입니다.
치조골결손부 골이식술	치주질환으로 인해 파괴된 치조골의 연조직과 경조직부위에 골이식을 통해 파괴 전 상태로 재건하는 치료입니다.
조직유도재생술	치주 치료 후 성공적인 재생의 형태는 치아뿌리에 치주인대라는 조직이 붙는 형태인데, 이를 위해 치아 뿌리의 면과 인접한 다른 조직의 구성성분을 차단막으로 분리하여 치주인대를 형성하는 세포만 재분포시켜 재생을 도모하는 치료입니다.
조직유도재생막 제거술	조직유도재생술을 비흡수성 차폐막을 이용하여 시행한 경우 4-6 주 후에 차폐막을 제거하는 치료입니다.
치은측방변위판막술	치주질환에 의해 노출된 치근면을 덮어주기 위해서(또는 부착치은의 양을 증가시키기 위해서) 사용하는 치료입니다.
치관변위판막술	한 치아나 여러 치아의 노출된 치근을 덮기 위해서 또는 치근의 지각과민증을 없애기 위해 사용되는 치료입니다.
치은이식술	치주질환으로 인해 치근이 노출된 경우에 치은을 이식하여 다시 덮어주는 치료입니다.
치근절제술	치근이 두 개 이상인 치아에서 치근 사이의 분지부 또는 한쪽 치근에만 염증이 이환된 경우에 이환된 치근만 제거하거나 치아를 두개로 분리하는 술식
치관확장술	잇몸을 잘라내 치주낭을 제거하거나 치관길이를 확장시켜 주는 치료입니다
치관분리술	치근치료 등을 위해 치관을 분리하는 치료입니다
치석제거(스케일링)	날카로운 기구나 초음파 기구로 치석을 제거하는 치료를 말합니다.

3. 제 1 항의 1/3 악(3 분악)이란 치아전체를 상악(윗니), 하악(아랫니)를 각 좌측구치부, 우측구치부, 전치부로 3 구역으로 나눈 단위로써 1 인당 6 개의 1/3 악(3 분악)을 가집니다. 전치부란 송곳니와 반대 송곳니부분에 해당하는 앞니(송곳니포함)에 해당하며, 구치부는 전치부 이외의 어금니 치아부분에 해당합니다.



치아보존치료비보장(통합형) 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병(상해와 관련이 없는 치통, 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 등을 말하며, 이하 “질병”이라 합니다)의 직접결과로써 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 대한민국 내의 치과 병·의원(이하 “치과”라 합니다)에서 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 1 항에서 정한 보존치료(충전치료)를 받았을 때 보험수익자에게 이 특별약관에 따라 약정한 보험금을 지급합니다.

② 제 1 항의 보장개시일은 보험기간 첫날로부터 그 날을 포함하여 ( )일(( )일은 180 일을 넘지 않습니다)이 지난 날의 다음날로 하며, 피보험자의 보험나이가 3 세 미만일 경우에는 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.

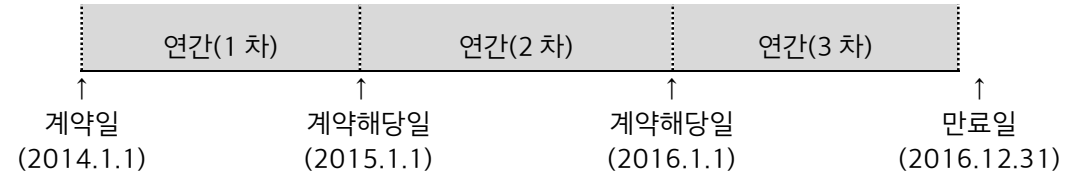
제 2 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 제 1 조(보험금의 지급사유)에 해당하는 치료종류에 따라 아래에 정한 금액을 피보험자에게 지급합니다.

치료종류	치료항목	보험금	지급한도
치아보존치료 (통합형Ⅰ)	아말감 충전	치아 1개당 보험증권에 기재된 금액	연간 ( )개
	인레이/온레이		
	컴퍼짓 레진 수복		
	글래스아이오노머 수복		
치아보존치료 (통합형Ⅱ)	인레이/온레이	치아 1 개당 보험증권에 기재된 금액	연간 ( )개
	컴퍼짓 레진 수복		
	글래스아이오노머 수복		

② 제 1 항의 “연간”이라 함은 계약일을 시작으로 매 1 년 단위의 기간을 의미하며 보험기간 3 년을 기준으로 “연간”은 아래와 같이 구분합니다.

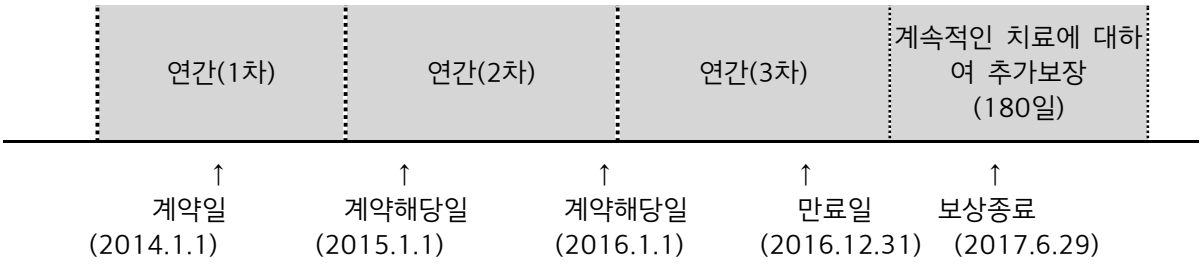
< 보험기간 3 년 기준 연간구분 예시 >



□ 계약해당일이란 매년 도래하는 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다

③ 제 1 항에도 불구하고 보장개시일 이후 제 1 항에 해당하는 치료가 필요하다는 진단을 받고, 보험기간이 만료되었을 때에도 만료일로부터 180 일(보험기간 만료일은 제외합니다)이내의 치료에 대해서는 만료일 직전에 해당하는 연간지급한도 내에서 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



④ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 상해나 질병이 아닌 심미적인 이유나 기타 다른 원인으로 인한 치과치료
2. 보존치료의 충전재에 대한 수리, 복구, 대체를 하는 경우

제 4 조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 보통약관 제 7 조(보험금의 청구) 및 아래의 보존치료와 관련한 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 치과진료기록사본
2. 치과치료진단서(치과진료기록사본으로 보험금 지급여부 판단이 불가능한 경우)

제 5 조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어풀이 ※

보존치료(충전치료)항목	설 명

아말감 충전	아말감은 주석과 아연 등 금속과 수은을 섞어 만든 충전용 재료로써 충치가 생긴 치질을 삭제하고 그 와동에 아말감을 채워넣는 치료입니다.
인레이/온레이	충치 등으로 치아에 형성된 와동에 금, 레진, 세라믹 등의 재료를 이용하여 수복물을 제작하고, 접착제로 접착하여 치아의 결손부위를 수복하는 치료로서, 인레이는 치관의 일부만, 온레이는 교합면의 전부를 덮어 수복하는 것을 말합니다.
컴퍼짓 레진 수복	충치나 치아의 결손부위에 레진이라는 플라스틱 계열 치과용 재료를 채워 넣는 치료입니다.
글래스아이오노머 수복	충치나 치아의 결손부위에 글래스아이오노머라는 치과용 복합재료을 채워 넣는 치료입니다.

치아보존치료비보장(개별형) 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병(상해와 관련이 없는 치통, 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 등을 말하며, 이하 “질병”이라 합니다)의 직접결과로써 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 대한민국 내의 치과 병·의원(이하 “치과”라 합니다)에서 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 1 항에서 정한 보존치료(충전치료)를 받았을 때 보험수익자에게 이 특별약관에 따라 약정한 보험금을 지급합니다.

② 제 1 항의 보장개시일은 보험기간 첫날로부터 그 날을 포함하여 ( )일(( )일은 180 일을 넘지 않습니다)이 지난 날의 다음날로 하며, 피보험자의 보험나이가 3 세 미만일 경우에는 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.

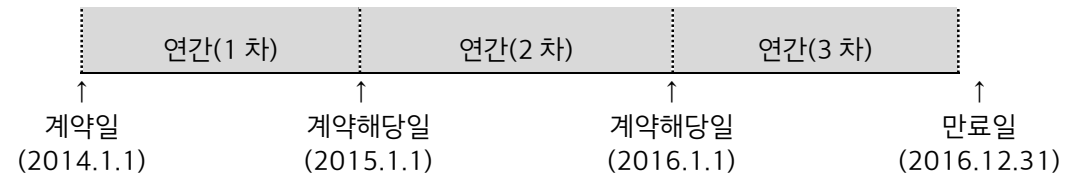
제 2 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 제 1 조(보험금의 지급사유)에 해당하는 치료종류에 따라 아래에 정한 금액을 피보험자에게 지급합니다.

치료종류	치료항목	보험금	지급한도
치아보존치료 (개별형)	아말감 충전	치아 1 개당 ( )만원	연간 ( )개
	인레이/온레이	치아 1 개당 ( )만원	연간 ( )개
	컴퍼짓 레진 수복	치아 1 개당 ( )만원	연간 ( )개
	글래스아이오노머 수복	치아 1 개당 ( )만원	연간 ( )개

② 제 1 항의 “연간”이라 함은 계약일을 시작으로 매 1 년 단위의 기간을 의미하며 보험기간 3 년을 기준으로 “연간”은 아래와 같이 구분합니다.

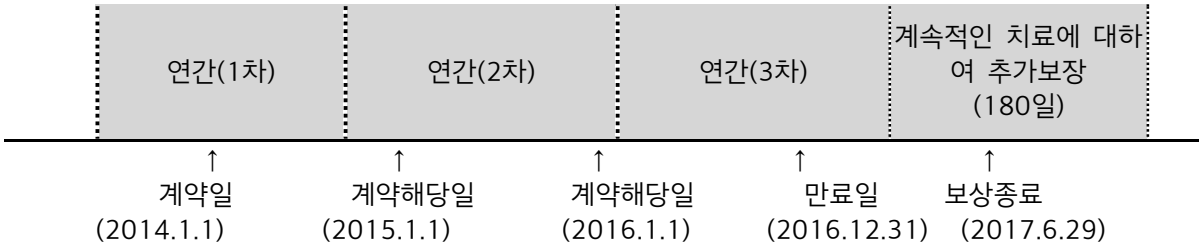
< 보험기간 3 년 기준 연간구분 예시 >



□ 계약해당일이란 매년 도래하는 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다

③ 제 1 항에도 불구하고 보장개시일 이후 제 1 항에 해당하는 치료가 필요하다는 진단을 받고, 보험기간이 만료되었을 때에도 만료일로부터 180 일(보험기간 만료일은 제외합니다)이내의 치료에 대해서는 만료일 직전에 해당하는 연간지급한도 내에서 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



④ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 상해나 질병이 아닌 심미적인 이유나 기타 다른 원인으로 인한 치과치료
2. 보존치료의 충전재에 대한 수리, 복구, 대체를 하는 경우

제 4 조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 보통약관 제 7 조(보험금의 청구) 및 아래의 보존치료와 관련한 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 치과진료기록사본
2. 치과치료진단서(치과진료기록사본으로 보험금 지급여부 판단이 불가능한 경우)

제 5 조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어풀이 ※

보존치료(충전치료)항목	설 명

아말감 충전	아말감은 주석과 아연 등 금속과 수은을 섞어 만든 충전용 재료로써 충치가 생긴 치질을 삭제하고 그 와동에 아말감을 채워넣는 치료입니다.
인레이/온레이	충치 등으로 치아에 형성된 와동에 금, 레진, 세라믹 등의 재료를 이용하여 수복물을 제작하고, 접착제로 접착하여 치아의 결손부위를 수복하는 치료로서, 인레이는 치관의 일부만, 온레이는 교합면의 전부를 덮어 수복하는 것을 말합니다.
컴퍼짓 레진 수복	충치나 치아의 결손부위에 레진이라는 플라스틱 계열 치과용 재료를 채워넣는 치료입니다.
글래스아이오노머 수복	충치나 치아의 결손부위에 글래스아이오노머라는 치과용 복합재료를 채워넣는 치료입니다.

치아보철(임플란트,브릿지,틀니)치료비보장(통합형) 특별약관

1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병(상해와 관련이 없는 치통, 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 등을 말하며, 이하 "질병"이라 합니다.)으로 인하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 대한민국내의 치과 병·의원에서 영구치에 대해 임플란트, 가철성의치(틀니), 고정성가공의치(브릿지)(이하 "치아보철치료"라 합니다) 중 보험증권에 기재된 치료를 받았을 때에는 보험수익자에게 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 약정한 보험증권에 기재된 치료에 해당하는 치아보철치료비보험금을 지급합니다.

② 제 1 항의 보장개시일은 보험기간 첫날로부터 그 날을 포함하여( )일【( )일은 180 일을 넘지 않습니다】이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.

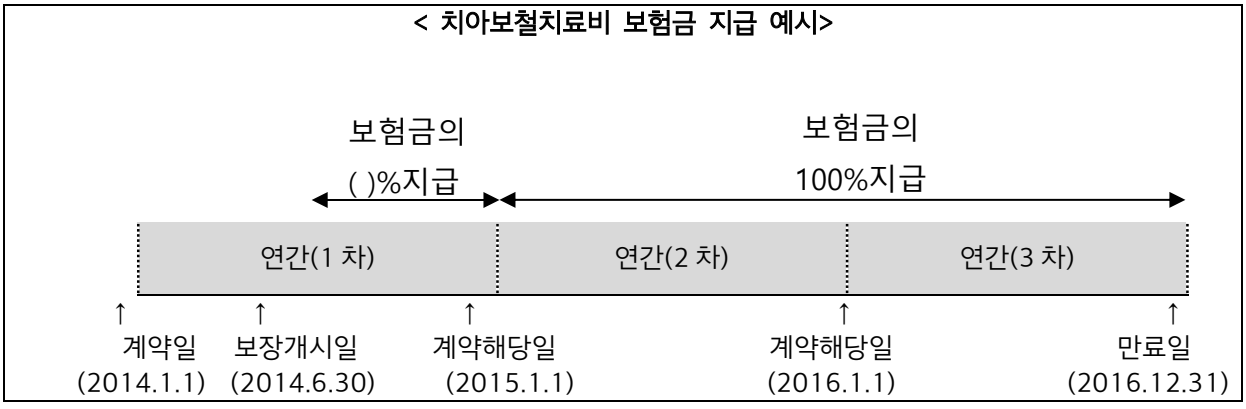
제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 아래에 정한 금액을 치아보철치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	치아보철치료비보험금	지급한도
가철성의치(틀니), 임플란트, 고정성가공의치(브릿지)	보철물 또는 영구치발거 1개당 이 특약의 보험가입금액	종류에 관계없이 연간 ( )개

단, 보장개시일로부터 최초로 도래하는 계약해당일 전일 이전에 영구치를 발거할 경우 위에서 정한 치아보철치료비보험금의 ( )%를 지급합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 하는 경우 치아보철치료비보험금 지급사유 발생시 전액 지급합니다.

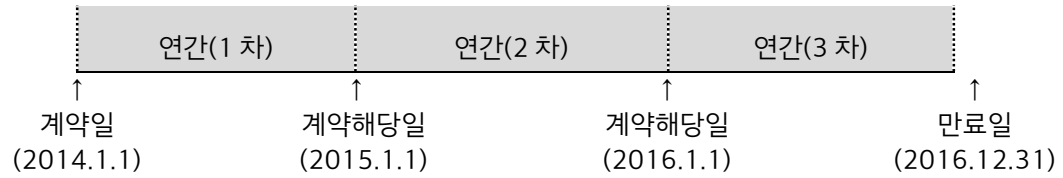
< 치아보철치료비 보험금 지급 예시>



□ 계약해당일이란 매년 도래하는 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

② 제 1 항의 “연간”이라 함은 계약일을 시작으로 매 1 년 단위의 기간을 의미하며 보험기간 3 년을 기준으로 “연간”은 아래와 같이 구분합니다.

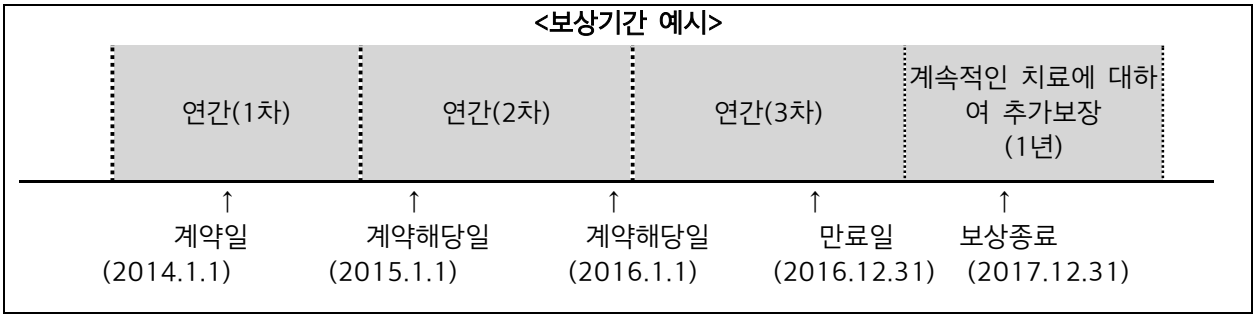
< 보험기간 3 년 기준 연간구분 예시 >



□ 계약해당일이란 매년 도래하는 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다

③ 제 1 항에 해당하는 치아보철치료가 필요하다는 진단을 받고, 보험기간이 만료되었을 때에도 만료일로부터 1 년(보험기간 만료일은 제외합니다)이내의 치아보철치료에 대해서는 만료일 직전에 해당하는 연간지급한도 내에서 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



④ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 피보험자가 동일한 상해나 질병으로 복합형태의 치아보철치료를 받은 경우 해당 치아보철치료 중 가장 높은 한가지의 해당 치아보철치료비보험금만을 지급합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항, 제 2 항 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 치아보철치료비는 보상하여드리지 않습니다.

1. 치아보철물에 대한 수리, 복구, 대체 및 치료를 하는 경우
2. 부정치열을 교정하기 위해 영구치를 발거하는 경우
3. 매복치 및 매몰치(Embedded and impacted teeth)또는 제 3 대구치(사랑니)에 대한 보철치료
4. 영구치 발거의 직접적인 원인이 상해나 질병이 아닌 보철치료를 위한 준비로서 영구치를 발거하는경우
5. 기타 상해나 질병이 아닌 다른 원인으로 영구치를 발거하는 경우

제 4 조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 보통약관 제 7 조(보험금의 청구) 및 아래의 치아보철치료관련 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 치아보철치료 진단서

가. 영구치 발거의 위치(또는 치아번호) 및 일자

나. 영구치 발거전 치아상태

다. 직접적인 영구치 발거 원인

라. 치아보철치료의 종류 및 치료종료일

2. 치과진료 기록 사본
3. 치아보철치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료

제 5 조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

발치치료보험금보장제외 추가특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 치아치료비보장 특별약관 제 1 조(보험금의 지급사유) 및 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에도 불구하고 발치치료 보험금을 이 특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 치아치료비보장 특별약관을 따릅니다.

치주질환치료보험금보장제외 추가특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 치아치료비보장 특별약관 제 1 조(보험금의 지급사유) 및 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에도 불구하고 치주질환치료 보험금을 이 특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 치아치료비보장 특별약관을 따릅니다.

조혈모세포이식수술비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 “조혈모세포이식”을 받은 경우에는 최초 1 회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 보험수익자에게 조혈모세포이식수술 보험금으로 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(조혈모세포이식의 정의)

이 특약에서 "조혈모세포이식"이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. "동종(allogenic)골수조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. "동종(allogenic)말초조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. "자가(autologous)골수조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. "자가(autologous)말초조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. "제대혈조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관의 제 16 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항을 따릅니다.

제 5 조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다중골절진단위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해를 직접적인 원인으로 다중골절로 진단확정시에 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 동일한 상해에 대하여 골절 부위의 수에 관계없이 1 회에 한하여 지급합니다.

제 2 조(다중골절의 정의)

이 특별약관에서 다중골절이라 함은 동일한 상해를 직접적인 원인으로 【별표 14】 골절 분류표에 정한 골절 중 두 가지 이상의 분류항목에 해당하는 상병에 해당되는 경우 및 【별표 32】 다발골절 분류표에 정한 골절에 해당하는 상병을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스쿨존내어린이교통사고부상치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조」에 의하여 특별시장 · 광역시장 · 특별자치도지사 또는 시장 · 군수(광역시의 군은 제외한다)가 어린이보호구역으로 지정한 지역(이하 "스쿨존"이라 합니다)내에서 교통사고로 인하여 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 자동차사고부상등급표(【별표 33】 자동차사고부상등급표 참조)의 부상등급을 받은 경우에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된 부상등급별 금액을 스쿨존 교통사고 부상치료비로 지급하여 드립니다.

부상등급	지급금액	부상등급	지급금액
1급	보험가입금액의 ( )%	8급	보험가입금액의 ( )%
2급	보험가입금액의 ( )%	9급	보험가입금액의 ( )%
3급	보험가입금액의 ( )%	10급	보험가입금액의 ( )%
4급	보험가입금액의 ( )%	11급	보험가입금액의 ( )%
5급	보험가입금액의 ( )%	12급	보험가입금액의 ( )%
6급	보험가입금액의 ( )%	13급	보험가입금액의 ( )%
7급	보험가입금액의 ( )%	14급	보험가입금액의 ( )%

제2조(피보험자의 범위)
제1조(보험금의 지급사유)의 피보험자는 계약시점에서 만 12세 이하의 어린이에 한합니다.

제3조(교통사고의 정의)
① 이 특약에서 '교통사고'라 함은 다음 각 호에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

② 제1항에서 '자동차'라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장비를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하 '9종 건설기계'라 합니다). 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
2. 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
3. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

자연재해사망(일사병, 열사병 포함) 특별약관

제1조(보험금을 지급하는 사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 국내에서 발생한 자연재해로 인하여 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 "자연재해"라 함은 재난 및 안전관리 기본법 제3조(정의) 제1호 가목에서 정의된 "자연재난" 및 "열사병 및 일사병"으로 아래의 사고를 말합니다.
1. 태풍
2. 홍수
3. 호우
4. 강풍
5. 풍랑
6. 해일
7. 대설
8. 낙뢰
9. 가뭄
10. 지진
11. 황사
12. 조류 대발생
13. 조수
14. 화산활동
15. 열사병 및 일사병(한국표준질병사인분류표 상 T67.0)
16. 소행성•유성체 등 자연우주물체의 추락•충돌
17. 한파

③ 제2항의 "자연재난"에 의한 사망은 재난 및 안전관리 기본법 시행규칙 제5조(재난상황의 보고 등)에 의해 보고된 경우에 한합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생할 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 자연재난사망시, 재난 및 안전관리 기본법 시행규칙 제 5 조(재난상황의 보고 등)에 의한 보고자료
2. 청구서(회사 양식)
3. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)

② 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대상포진진단보장 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '대상포진'으로 진단확정된 경우에는 최초 1 회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
대상포진진단보험금	'대상포진'으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

제 2 조 (대상포진의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 '대상포진'이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표 34] '대상포진 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '대상포진'의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대상포진눈병진단보장 특별약관

1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '대상포진눈병'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
대상포진눈병 진단보험금	'대상포진눈병'으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (대상포진눈병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어「대상포진눈병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「대상포진눈병」으로 분류되는 질병으로 [별표35(대상포진눈병 분류표)]에서 정한 질병을 말합니다.

② 「대상포진눈병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

통풍진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '통풍'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
통풍진단보험금	'통풍'으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (통풍의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어'통풍'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「통풍」으로 분류되는 질병으로 [별표36(통풍 분류표)]에서 정한 질병을 말합니다.

② '통풍'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 하여야 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1~5 종수술비보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 【별표37】에서 정한 수술을 받

거나 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 【별표37】에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술1회당 수술 종류에 따라 1~5종 수술비를 지급합니다.

구 분	지급금액
1종	이 특약의 보험가입금액의 ()%
2종	이 특약의 보험가입금액의 ()%
3종	이 특약의 보험가입금액의 ()%
4종	이 특약의 보험가입금액의 ()%
5종	이 특약의 보험가입금액의 ()%

제2조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질병으로 인한 수술의 경우에는 질병수술보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종

류의 수술에 대해서만 1~5종 수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식 기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

③ 보험수익자와 화사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

④ 제2조(수술의 정의와 장소) 제 4항에서 정한 레이저에 의한 수술의 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술보험금을 지급합니다.

제4조(보상하지 않는 손해)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유 중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 1~5종 수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.
   가. 정신 및 행동 장애(F04~F99)
   나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   다. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
   라. 비만(E66)
   마. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
2. 회사는 아래 목적의 치료를 위한 1~5종 수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.
   가. 건강검진, 예방접종, 인공유산
   나. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내,체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
   다. 단순한 피로 또는 권태
   라. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   마. 발기부전(impotence). 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(【별표2】 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
   바. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
      1) 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방

흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

2) 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

3) 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)

4) 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다.)

4. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해수술비보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

제2조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 상해수술보험금만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
   다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

21 대질병수술비보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '13대질병' 또는 '다발성3대질병' 또는 '특정5대질병'으로 진단확정되고, 그 '13대질병' 또는 '다발성3대질병' 또는 '특정5대질병'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
13대질병수술비	13대질병으로 수술을 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 ( )% 해당액
다발성3대질병수술비	다발성 3대질병으로 수술을 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 ( )% 해당액
특정5대질병수술비	특정 5대질병으로 수술을 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 ( )% 해당액

제2조 (13대질병, 다발성3대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 '13대질병'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표41] '21대질병 분류표 중 13대질병 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특약에서 '다발성3대질병'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표41] '21대질병 분류표 중 다발성3대질병 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 아래에 각 호의 경우에는 제1항의 '13대질병'으로 진단받은 것으로 간주합니다.

1. 전립선의 결핵(A18.13)과 달리 분류된 질환에서의 전립선장애(N51.0)를 동시에 진단받은 경우
2. 기타 남성생식기관의 결핵(A18.14)과 달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애(N51.1)를 동시에 진단받은 경우
3. 기타 남성생식기관의 결핵(A18.14)과 달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 기타 장애(N51.8)를 동시에 진단받은 경우

④ '13대질병' 및 '다발성3대질병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기원관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조 (특정5대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 '특정5대질병'이라 함은 제2항에서 정한 '4대질병' 및 제3항에서 정한'치핵'을 총칭합니다.

② 이 특약에서 '4대질병'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표41] '21대 질병분류표 중 4대질병 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '치핵'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표41] '21대질병 분류표 중 치핵 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '특정5대질병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제4조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저에 의한 수술의 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 보험가입금액을 '21대질병' 중 '13대질병' 또는 '다발성3대질병'으로 인한 경우에 한하여 지급합니다.

제6조 (준용규정)

이 특별약관에서 규정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항 및 상해손해 보장조항을 따릅니다.

질병중환자실입원일당보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로 중환자실에 ()일이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 질병중환자실입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조 (중환자실의 정의)

이 특약에서 '중환자실'이라 함은 의료법 시행규칙의 별표 4에서 정한 중환자실을 말합니다.

※ 의료법 시행규칙 [별표 4. 의료기관의 시설규격]에 따른 중환자실 요건

. 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립 및 무정전시스템 갖추어야 함

. 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 함

. 병상 1개당 면적은 15㎡ 이상(신생아중환자실은 5㎡ 이상)

. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기 등 구비

. 중환자실 1개 단위당 후두경, 앰부백(마스크포함), 심전도기록기 등 구비

. 전담의사를 둘 수 있음(신생아중환자실에는 전담전문의 필수)

. 전담간호사를 두어야 함

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이

된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

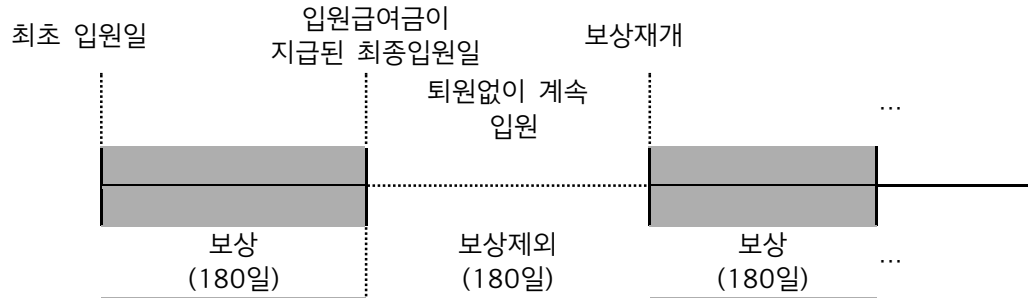
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 질병중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

※ 보상기간 예시 ※



③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 규정에 따라 질병중환자실입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

[용어해설]
<정당한 이유>
사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지

않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제6조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

충수염수술비보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '충수염'으로 진단확정되고, 그 '충수염'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다.)

제2조 (충수염의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 '충수염'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표38】'충수염 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
충수의 질환	K35 ~ K38

② '충수염'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을

수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제5조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

가스사고상해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「가스사고로 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 제 1호의 상해로 「장해분류표」([별표1]참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금

② 제1항에서 “가스사고”라 함은 「고압가스안전관리법」및 「액화석유가스의 안전관리 및 사업법」,「도시가스사업법」에 의해 보고된 아래의 사고를 말합니다.

1. 가스의 누출사고
2. 가스의 누출로 인한 폭발·화재사고
3. 물리적 또는 화학적인 현상 등에 의한 가스시설 및 가스용기, 가스용품 파열사고 등

제2조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

온열질환진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '온열질환'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
온열질환 진단보험금	'온열질환'으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (온열질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어'온열질환'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「온열질환」으로 분류되는 질병으로 [별표39(온열질환 분류표)]에서 정한 질병을 말합니다.

② '온열질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

농기계사고상해보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 경우가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「농기계로 인하여 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금

② 위 제1항에서 농기계라 함은 「농업기계화 촉진법 시행규칙」 별표 1에 해당하는 기계를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 해당하는 손해는 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.

1. 농기계를 시험용, 경기용 또는 경기를 위해 연습용으로 사용하던 중 생긴 손해. 다만, 농기계 관련 자격

시험을 위한 운전(조정)시험용으로 사용하던 중 생긴 손해는 보상함.

2. 피보험자가 정규승차용 구조장치가 아닌 장소에 탑승하여 생긴 손해

제3조(준용조항)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

정신질환진단보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 "보험기간"이라 합니다) 중에 정신질환으로 최초 진단확정된 경우 1회에 한하여 보험증권에 기재된 가입금액을 이 특별약관에 따라 지급하여 드립니다. 정신질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신건강의학과 전문의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 정신질환 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 심리검사, 임상학적 소견 등을 기초로 하여야 합니다.

② 제1항의 「정신질환」이라 함은 제8차 한국표준질병.사인분류에 있어서 (【별표42】정신질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

정신질환진단보장 특별약관(Ⅱ)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 "보험기간"이라 합니다) 중에 정신질환으로 진단확정된 경우 아래의 대상질별 그룹당 각 1회에 한하여 보험증권에 기재된 가입금액을 이 특별약관에 따라 지급하여 드립니다. 정신질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 정신질환 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 심리검사, 임상학적 소견 등을 기초로 하여야 합니다.

대상질병 그룹	지급금액
1. 알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애	이 특약의 보험가입금액
2. 기타 정신활성물질 사용에 의한 정신 및 행동장애	
3. 정신분열증, 분열형 및 망상성 장애	
4. 기분(정동성) 장애	
5. 신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애	
6. 정신 지연	
7. 기타 정신 및 행동장애	

② 제1항의 「정신질환」이라 함은 제8차 한국표준질병.사인분류에 있어서 (【별표42】정신질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유독성물질사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 (【별표43】유독성 물질에 의한 불의의 중독 및 노출 분

류표)에서 정하는 중독 및 노출로 인하여 사망한 경우 보험수익자에게 보험증권에 기재된 보험가입금액을 사망보험금으로 지급합니다.

제2조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유산수술보장 특별약관

제 1 조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간(이하 "특별약관"은 "특약", "이 특별약관의 보험기간"은"보험기간"이라 합니다.)은 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 "유산"의 치료를 직접적인 목적으로 제 4 조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1 회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
유산수술보험금	"유산"으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제 3 조(유산의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유산"이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표 44】"유산분류표"에 정한 질병을 말합니다.

② "유산"의 진단확정은 의료법 제 3 조에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 4 조(수술의 정의와 장소)

이 특약에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 "유산"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 "유산"의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 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) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 5 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제 2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 6 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 7 조(준용규정)

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

공무원순직 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 순직한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급하여 드립니다. 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우 보험기간 종료 후 순직이 결정되어도 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 “순직”이라 함은 피보험자가 공무상 질병 또는 부상으로 인해 보험기간 중에 사망하여 공무원연금관리공단의 “공무원연금급여심의회”의 결정에 따라 유족보상금 지급대상이 된 경우를 말합니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 국가공무원법 제2조(공무원의 구분) 및 지방공무원법 제2조(공무원의 구분)에서 분류된 공무원을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

공무원 장기요양 직권면직보장 특별약관

제1조(보험금을 지급하는 사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간” 이라 합니다) 중에 장기요양으로 인한 직권면직이 된 경우 1회에 한하여 보험증권에 기재된 가입금액을 이 특별약관에 따라 지급하여 드립니다.

② 제1항의 “장기요양으로 인한 직권면직”이라 함은 국가공무원법 제70조(직권 면직) 제1항 제4호 및 지방공무원법 제62조(직권면직) 제1항 제2호의 휴직기간이 끝나거나 휴직사유가 소멸된 후에도 직무에 복귀하지 않거나 직무를 감당할 수 없어서 직권면직이 된 경우를 말하고, 직권면직일은 국가공무원법 또는 지방공무원법에서 정한 징계위원회 또는 인사위원회 등에서 결정한 직권면직일로 합니다.

③ 제2항의 “휴직”이라 함은 국가공무원법 제71조(휴직) 제1항 제1호 및 지방공무원법 제63조(휴직) 제1항 제1호의 공무원의 신체·정신상의 장애로 장기 요양이 필요할 때의 휴직에 한합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결 정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는

다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자가 자유로운 의사결정을 할 수 있는 상태임에도 불구하고 휴직기간이 끝나거나 휴직사유가 소멸된 후에도 직무에 복귀하지 않는 경우

제3조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

공무상입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 공무상 발생한 질병 또는 상해(이하 "공상(公傷)"이라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 때에는 입원 1 일당 이 특별약관의 보험가입금액을 공무상입원일당으로 지급합니다. 다만, 공무상입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 "공상(公傷)"은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말합니다.
1. 공무원 재해보상법 제6조(공무원재해보상심의회)에 따른 심의에 의해 동법 제22조(요양급여)에 따라 요양급여의 지급 대상이 된 경우
2. 산업재해보상보험법 제36조(보험급여의 종류와 산정 기준 등) 제1항 제1호 및 제40조(요양급여)에서 정한 급여대상에 해당하는 상해 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 동법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 요양급여대상자로 판정한 경우

② 제 1 항 제 2 호의 요양급여대상자의 판정일은 근로복지공단이 발급한 요양·보험급여결정통지서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.

③ 피보험자가 동일한 "공상(公傷)"(이와 의학상 중요한 관계가 있다고 회사가 인정한 사고를 포함합니다. 이하 같습니다)의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 최종 퇴원일로부터 180 일이 지나서 다시 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

④ 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 180 일을 한도로 제 1 조(보험금의 지급사유)의 공무상입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 공상(公傷)의 치료를 목적으로 2 회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 공무상입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제 3 조(피보험자의 범위)
이 특별약관의 피보험자는 다음 각 호에 해당하는 자를 말합니다.
1. 공무원단체에 소속된 자(공무원 및 소속 근로자 등)
2. 교육공무원 등 직원
「교육공무원법」 제2조 제3항 내지 제5항에 해당하는 기관에서 근무하는 자(교원, 조교, 장학관, 장학사, 교육연구관 및 교육연구사)
3. 교육행정직원 등 직원
「초·중등교육법」 제19조 제2항에서 규정한 직원 중 동법 제3조 제1호 및 제2호에 해당하는 국립·공립학교에 근무하는 직원, 「고등교육법」 제14조 제3항에서 규정한 직원 중 동법 제3조에서 정한 국립·공립학교에 근무하는 직원

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 5 조(입원의 정의와 장소)
「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 6 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

공무상입원일당보장 특별약관(365 일한도)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 공무상 발생한 질병 또는 상해(이하 "공상(公傷)"이라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 때에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 공무상입원일당으로 지급합니다. 다만, 공무상입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 "공상(公傷)"은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말합니다.
1. 공무원 재해보상법 제6조(공무원재해보상심의회)에 따른 심의에 의해 동법 제22조(요양급여)에 따라 요양급여의 지급 대상이 된 경우
2. 산업재해보상보험법 제36조(보험급여의 종류와 산정 기준 등) 제1항 제1호 및 제40조(요양급여)에서 정한 급여대상에 해당하는 상해 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 동법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 요양급여대상자로 판정한 경우

② 제 1 항 제 2 호의 요양급여대상자의 판정일은 근로복지공단이 발급한 요양·보험급여결정통지서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.
③ 피보험자가 동일한 "공상(公傷)"(이와 의학상 중요한 관계가 있다고 회사가 인정한 사고를 포함합니다. 이하 같습니다)의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 최종 퇴원일로부터 180 일이 지나서 다시 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
④ 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 365 일을 한도로 제 1 조(보험금의 지급사유)의 공무상입원일당을 계속 보상하여 드립니다.
⑤ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 공상(公傷)의 치료를 목적으로 2 회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 공무상입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제 3 조(피보험자의 범위)
이 특별약관의 피보험자는 다음 각 호에 해당하는 자를 말합니다.
1. 공무원단체에 소속된 자(공무원 및 소속 근로자 등)
2. 교육공무원 등 직원
「교육공무원법」 제2조 제3항 내지 제5항에 해당하는 기관에서 근무하는 자(교원, 조교, 장학관, 장학사, 교육연구관 및 교육연구사)
3. 교육행정직원 등 직원
「초·중등교육법」 제19조 제2항에서 규정한 직원 중 동법 제3조 제1호 및 제2호에 해당하는 국립·공립학교에 근무하는 직원, 「고등교육법」 제14조 제3항에서 규정한 직원 중 동법 제3조에서 정한 국립·공립학교에 근무하는 직원

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는

다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제5조(입원의 정의와 장소)
「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

공상진단비 보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 공무수행으로 인하여 보험기간 중에 발생한 상해 또는 질병의 직접결과로써 공무원 재해보상법 제 24 조(요양기관)에 따른 요양기관에서 공무상요양을 받은 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 공무상요양 위로금으로 지급합니다.
② 제 1 항의 "공무상요양"은 공무원 재해보상법 제 8 조(급여) 제 1 호 및 제 22 조(요양급여)에서 정한 급여대상에 해당하는 상해 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 동법 제 9 조(급여의 청구 및 결정)에서 정한 급여지급이 결정된 경우를 말합니다.
③ 회사는 피보험자가 근로자인 경우 공무수행으로 인하여 보험기간 중에 발생한 상해 또는 질병의 직접결과로써 「산업재해보상보험법」에 따라 '요양급여' 지급이 결정되어 이를 받은 경우 「공무상 요양」을 받은 경우로 간주하여 제 1 항에 따라 보험금을 지급합니다.

제 2 조(피보험자의 범위)
이 특별약관의 피보험자는 다음 각 호에 해당하는 자를 말합니다.
1. 공무원단체에 소속된 자(공무원 및 소속 근로자 등)
2. 교육공무원 등 직원
「교육공무원법」 제2조 제3항 내지 제5항에 해당하는 기관에서 근무하는 자(교원, 조교, 장학관, 장학사, 교육연구관 및 교육연구사)
3. 교육행정직원 등 직원
「초·중등교육법」 제 19 조 제 2 항에서 규정한 직원 중 동법 제 3 조 제 1 호 및 제 2 호에 해당하는 국립·공립학교에 근무하는 직원, 「고등교육법」 제 14 조 제 3 항에서 규정한 직원 중 동법 제 3 조에서 정한 국립·공립학교에 근무하는 직원

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때 에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자 인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 4 조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

공상진단비 II (요양기간별) 보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 공무수행으로 인하여 보험기간 중에 발생한 상해 또는 질병의 직접결과로써 공무원 재해보상법 제 24 조(요양기관)에 따른 요양기관에서 공무상요양을 받은 경우 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

요양 기간	요양기간 공상진단비Ⅱ
30일 이하	보험가입금액(요양기간 30일 이하)
31일 ~ 60일	보험가입금액(요양기간 31일 ~ 60일)
61일 ~ 120일	보험가입금액(요양기간 61일 ~ 120일)
121일 ~ 180일	보험가입금액(요양기간 121일 ~ 180일)
181일 이상	보험가입금액(요양기간 181일 이상)

② 제 1 항의 “공무상요양”은 공무원 재해보상법 제 8 조(급여) 제 1 호 및 제 22 조(요양급여)에서 정한 급여대상에 해당하는 상해 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 동법 제 9 조(급여의 청구 및 결정)에서 정한 급여지급이 결정된 경우를 말하며, 제 1 항의 “요양기간”은 급여지급이 최초로 결정된 경우의 요양기간으로 합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때 에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자 인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 3 조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

공무원 장해 진단비 보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 상해 또는 질병의 직접결과로써 장해상태가 된 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 지급합니다.
② 제 1 항의 “장해상태”는 공무원 재해보상법 제 8 조(급여) 제 3 호, 제 28 조(장해연금 또는 장해일시금) 및 공무원연금법 제 28 조(급여) 제 3 호, 제 59 조(비공무상 장해연금 또는 장해일시금)에서 정한 급여대상에 해당하는 상해 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 공무원 재해보상법 제 9 조(급여의 청구 및 결정) 및 공무원연금법 제 29 조(급여사유의 확인 및 급여의 결정)에서 정한 급여지급이 최초로 결정된 경우를 말합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때 에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자 인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 3 조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

소방공무원 구조·구급활동중 폭력피해위로금보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 구조·구급활동중 제 3 자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 상해를 입은 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, “사법경찰관리의 직무를 수행할 자와 그 직무범위에 관한 법률” 제 5 조(검사장의 지명에 의한 사법경찰관리) 제 12 호에 따라 사법경찰관의 직무를 행하는 자(소방특별사법경찰관)의 폭력사고 확인서를 제출하여야 합니다.

② 제 1 항의 구조·구급활동중이라 함은 “119 구조 · 구급에 관한 법률” 제 2 조(정의) 제 1 호 또는 제 3 호 에 해당되는 활동을 말합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때 에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험 수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의

제 3 조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

외상후 스트레스장애진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 외상후 스트레스장애로 진단확정된 경우에는 연간 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
② 제 1 항에서 「연간」이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제 2 조(외상후 스트레스장애의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서 “외상후 스트레스장애”라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 외상후 스트레스장애로 분류되는 질병(【별표 48】 참조)을 말합니다.
② 외상후 스트레스장애의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 외상후 스트레스장애의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제 3 조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

난임치료(인공/체외수정)보장 특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)
① 이 특약의 피보험자는 기혼여성에 한합니다.
② 제 1 항의 기혼여성이라 함은 법적혼인상태(국내법상 혼인관계가 유효한 경우)에 있는 여성을 말합니다.
③ 회사는 법적혼인상태 및 법적혼인신고일의 확인을 위하여 혼인관계증명서 등 증빙서류를 요청할 수 있습니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 ‘난임’으로 진단확정되고, 아래 각 호의 ‘난임치료’를 최초로 받은 경우 각각 1 회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘이 특약의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

1. 급여 인공수정치료

보험금의 종류		지급금액
급여 인공수정치료보험금	‘난임’으로 진단받고, 급여 인공수정치료를 받은 경우	보험증권에 기재된 보험가입금액(최초 1 회한)

2. 급여 체외수정치료

보험금의 종류		지급금액
급여 체외수정치료보험금	'난임'으로 진단받고, 급여 체외수정치료를 받은 경우	보험증권에 기재된 보험가입금액(최초 1회한)

제 3 조('난임'등의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 '난임'이라 함은 보건복지부에서 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 보조생식술 급여기준 적응증에 해당하는 경우를 말합니다.

[관련법규]

※「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 보조생식술 급여기준 적응증

1) 체외수정(신선배아, 동결배아)

가) 원인불명 난임 : 정액검사, 배란기능, 자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 3년 이상 임신이 되지 않은 경우(단, 여성 연령이 35세 이상인 경우 1년 이상 임신이 되지 않은 경우)

나) 여성요인

(1) 양측난관 폐쇄(단, 인공 폐색인 경우에는 난관문합술 이후 1년 이상 임신이 되지 않는 경우)

(2) 중증 자궁내막증

(3) 난소기능 저하

(4) 착상전 유전진단이 필요한 경우

다) 남성요인

(1) 시상하부나 뇌하수체 질환으로 인한 저성선자극호르몬성 성선기능저하증으로 최소한 24개월간 호르몬 치료를 하였으나 이 기간 중 자연임신이 되지 않은 경우

(2) 정관절제술을 실시했던 경우

(가) 2회 반복 정관문합술이 실패한 경우

(나) 정관문합술 후 3개월 내에 사정액에서 정자가 관찰되지 않거나, 정자가 출현한 이후 1년 내에 임신이 되지 않는 경우

(다) 정관문합술이 불가한 경우

(3) 정계정맥류제거술 후 6개월 이내에 정액검사 지표의 향상이 없거나 수술 후 정액검사 지표 향상이 있으나 1년 이내 임신이 되지 않는 경우

(4) 폐쇄성 무정자증에 대한 수술적 교정이 실패했거나 불가능한 경우(수술적 교정이 불가능한 폐쇄성 무정자증은 정관무발생, 다발적 정관폐쇄, 부고환 전체 폐쇄를 말함)

(5) 비폐쇄성 무정자증의 경우 현미경하 미세수술적다중고환조직정자추출에서 정자가 발견되어 체외수정이 가능한 경우

라) 체외수정시술 이외의 난임치료에 의해 1년 이상 임신이 되지 않는 경우

마) 기타 체외수정이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우

2) 인공수정

가) 원인불명의 난임 : 정액검사, 배란기능, 자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 1년 이상 임신이 되지 않은 경우(단, 여성 연령이 35세 이상인 경우 6개월 이상 임신이 되지 않은 경우)

나) 여성요인

(1) 과거 자궁내막증 수술 후 자연 임신 시도 6개월 이상 경과된 경우

(2) 임상적으로 의심되는 자궁내막증 소견이 있으면서 1년 이상 자연임신이 되지 않은 경우

다) 남성요인

(1) 정계정맥류가 없으나 '인간정액 검사 및 처리 매뉴얼(제5판, 세계보건기구)'에 따른 정액검사 결과 정자수가 적거나 정자의 운동성이 저하되어 있는 경우

(2) 사정장애 등 기타 남성난임의 경우
라) 기타 인공수정이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우

② 제 1 항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.
③ '난임'의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
④ 이 특약에서 '난임치료'라 함은 '급여 인공수정치료'와 '급여 체외수정치료'를 말합니다.
⑤ 이 특약에서 '급여 인공수정치료'라 함은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 해당하는 아래의 진료행위가 발생한 경우를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	분류번호
자궁강내 정자주입술	R6560

⑥ 이 특약에서 '급여 체외수정치료'라 함은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 해당하는 아래의 진료행위가 발생한 경우를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	분류번호
자궁경관을 통한 이식 자궁경관을 통한 이식-배아이식용 카테터를 2개 이상 사용한 경우 난관내 이식 경자궁근층 이식	R6530 R6531 R6540 R6550

⑦ 제 5 항 및 제 6 항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한 금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '난임치료'에 준하여 '난임치료'를 결정합니다.

제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제 2 조(보험금의 지급사유) 제 1 호의 급여 인공수정치료보험금은 모자보건법 제 11 조의 3(난임시술 의료기관의 지정 등) 및 모자보건법 시행규칙 제 8 조(난임시술 의료기관의 지정) 제 1 항 제 1 호에 따라 자궁내 정자주입 시술 의료기관으로 지정된 기관에서 시행시 지급됩니다.
② 제 2 조(보험금의 지급사유) 제 2 호의 급여 체외수정치료보험금은 모자보건법 제 11 조의 3(난임시술 의료기관의 지정 등) 및 모자보건법 시행규칙 제 8 조(난임시술 의료기관의 지정) 제 1 항 제 2 호에 따라 체외수정 시술 의료기관으로 지정된 기관에서 시행시 지급됩니다.
③ 보험수익자와 회사가 제 2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 미성년자의 정자·난자 활용행위
2. 매매된 정자활용
3. 대리모
4. 착상전 진단을 통한 태아의 성별선택, 우수인자 선택 등 생식세포의 조작이 있는 경우

제 6 조(보험금의 청구)
① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)' 필수 기재), 진단서, 진료기록부, 시술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 혼인관계증명서
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 모자보건법 제 11 조의 3 및 동법 시행규칙 제 8 조 제 1 항 제 1 호 또는 제 2 호에 따라 지정된 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【배상책임관련 특별약관】
일상생활배상책임보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자 본인 및 그와 동거하는 배우자(이하 "피보험자"라 합니다)가 보험기간 중에 아래에 열거한 사고로 타인의 신체에 장해(이하 '신체장해'라 합니다)를 입히거나 타인의 재물을 망가뜨려(이하 '재물손해'라 합니다) 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 주거하고 있는 주택과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 '주택'이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리에 기인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)에 기인하는 우연한 사고

【신체장해】 신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.
【재물손해】 1) 물리적으로 망그러뜨려진 유체물의 직접손해
2) 물리적으로 망그러뜨려진 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해
3) 물리적으로 망그러뜨려지지 않은 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해

② 회사가 1 사고당 보상하는 손해는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무) 제 1 항 제 1 호의 방법을 조사하여 구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용

나. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무) 제 1 항 제 2 호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

[용어해설]
<공탁보증보험료>
가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료

마. 피보험자가 제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제 2 항 및 제 3 항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

③ 계약자 또는 피보험자는 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제 1 항 제 1 호에서 정한 보험증권에 기재된 주택이 변경되는 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다. 이 경우 회사는 변경된 주택에 대하여 제 1 항에 따라 보상합니다.

④ 제 2 조(보상하지 않는손해) 제 1 항 제 12 호에도 불구하고, 제 3 항에 따른 변경된 사실을 알리지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 주거 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 주거 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

제 2 조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 또는 피보험자의 고의
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
5. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제 6 호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

[용어해설]
<징벌적 손해>
민사상 가해자가 피해자에게 "악의를 가지고" 또는 "무분별하게" 재산 또는 신체상의 피해를 입힐 목적으로 불법행위를 행하여 발생한 손해

11. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
12. 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.)로 인한 배상책임
14. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
15. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
16. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
17. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임

18. 항공기, 선박, 차량(이륜자동차 및 이에 준하여 원동력이 인력에 의하지 않고 전동장치에 의해 움직이는 모든 개인형 이동장치(전동휠, 전동자전거, 전동킥보드 등)을 포함합니다), 총기(공기총은 제외합니다.)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임

19. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.

20. 불법행위 또는 폭력행위로 인한 배상책임

제 3 조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1 회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금(2 만원)은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 항 제 1 호의 손해배상금 : 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.

2. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 항 제 2 호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

3. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 항 제 2 호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제 1 호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

② 회사가 제 1 항에 의하여 보상을 한 경우에는 보험가입금액(보상한도액)에서 그 보상액을 뺀 잔액을 나머지 보험기간에 대한 보험가입금액(보상한도액)으로 합니다.

제 4 조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금 지급을 청구할 수 있습니다.

제 5 조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명

2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우

3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제 1 항 각의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제 1 항 제 3 호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다.

제 6 조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)

2. 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일

3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제 1 항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제 1 조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제 1 호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자로부터 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 손해배상액의 전부 또는 일부를 피해자에게 지급하지 않아도 되는 사유가 있는 경우에는 그에 해당하는 보험금의 지급을 거절할 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 보험계약자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 보험계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제 2 항, 제 3 항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인해 늘어난 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 8 조(보험금의 분담)

① 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제 1 항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

[예시안내]

<비례분담예시 1>
손해액이 1,000,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원
B 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원
A 사, B 사 보상책임액의 합계액(1,600,000 원)이 실제 입은 손해액(1,000,000 원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

A 사 = 1,000,000 X 800,000/1,600,000 = 500,000 원
B 사 = 1,000,000 X 800,000/1,600,000 = 500,000 원

<비례분담예시 2>
손해액이 300,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원
B 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

[용어해설]
<의무보험>
가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제 9 조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제 3 자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제 1 항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요청하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제 1 항, 제 2 항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제 10 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

학생배상책임보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 발생된 아래의 보험사고로 제 3 자의 신체의 장해 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 아래의 손해를 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 주거하고 있는 주택과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 '주택'이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리에 기인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리 제외)에 기인하는 우연한 사고

② 회사가 1 사고당 보상하는 손해는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무) 제 1 항 제 1 호의 방법을 조사하여 구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용
   나. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무) 제 1 항 제 2 호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

[용어해설]
<공탁보증보험료>
가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료

마. 피보험자가 제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제 2 항 및 제 3 항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

③ 계약자 또는 피보험자는 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제 1 항 제 1 호에서 정한 보험증권에 기재된 주택이 변경되는 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다. 이 경우 회사는 변경된 주택에 대하여 제 1 항에 따라 보상합니다.

④ 제 2 조(보상하지 않는손해) 제 1 항 제 12 호에도 불구하고, 제 3 항에 따른 변경된 사실을 알리지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 주거 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 주거 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

제 2 조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 또는 피보험자의 고의
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
5. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제 6 호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

[용어해설]
<징벌적 손해>
민사상 가해자가 피해자에게 "악의를 가지고" 또는 "무분별하게" 재산 또는 신체상의 피해를 입힐 목적으로 불법행위를 행하여 발생한 손해

11. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
12. 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(장해로 인한 사망을 포함합니다.)에 기인하는 배상책임

14. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임

15. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임

16. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.

17. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임

18. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임

19. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다.), 총기(공기총은 제외합니다.)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임

20. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.

21. 불법행위 또는 폭력행위에 기인하는 배상책임

제 3 조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1 회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제 1 조(보상하는 손해) 제 1 호의 손해배상금 : 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상합니다.
2. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제 1 호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도 내에서 보상합니다.

② 회사가 제 1 항에 의하여 보상을 한 경우에는 보험가입금액(보상한도액)에서 그 보상액을 뺀 잔액을 나머지 보험기간에 대한 보험가입금액(보상한도액)으로 합니다.

제 4 조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금 지급을 청구할 수 있습니다.

제 5 조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제 1 항 각의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제 1 항 제 3 호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다.

제 6 조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제 1 항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제 1 조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제 1 호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자로부터 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 손해배상액의 전부 또는 일부를 피해자에게 지급하지 않아도 되는 사유가 있는 경우에는 그에 해당하는 보험금의 지급을 거절할 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 보험계약자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 보험계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제 2 항, 제 3 항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인해 늘어난 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 8 조(보험금의 분담)

① 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제 1 항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

[예시안내]

<비례분담예시 1>
손해액이 1,000,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원
B 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원
A 사, B 사 보상책임액의 합계액(1,600,000 원)이 실제 입은 손해액(1,000,000 원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

A 사 = 1,000,000 X 800,000/1,600,000 = 500,000 원
B 사 = 1,000,000 X 800,000/1,600,000 = 500,000 원

<비례분담예시 2>
손해액이 300,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원
B 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

[용어해설]
<의무보험>
가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제 9 조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제 3 자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제 1 항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요청하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제 1 항, 제 2 항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제 10 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 각종 교육법(초·중등교육법, 고등 교육법), 유아교육진흥법, 영유아보육법, 학원의 설립 및 운영에 관한 법률 및 관계법령에 의해 설립된 학교 및 보육시설(이하 “학교”라 합니다)에 재학하는 학생(이하 “학생”이라 합니다)으로 합니다.

① 이 계약이 성립된 후 학교의 학생으로서 자격을 상실한 때부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제 11 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골프중배상책임보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 보험기간중에 피보험자가 골프시설 (골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장, 탈의실 등 그외 부속시설을 포함합니다) 구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식을 포함합니다)중에 발생된 보험사고로 제 3 자의 신체의 장해 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 아래의 손해를 보상하여 드립니다.

② 회사가 1 사고당 보상하는 손해는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

   가. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무) 제 1 항 제 1 호의 방법을 조사하여 구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용

   나. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무) 제 1 항 제 2 호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

   다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

   라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

   [용어해설]
   <공탁보증보험료>
   가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료

   마. 피보험자가 제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제 2 항 및 제 3 항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제 2 조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 또는 피보험자의 고의
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
5. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제 6 호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

[용어해설]
<징벌적 손해>
민사상 가해자가 피해자에게 "악의를 가지고" 또는 "무분별하게" 재산 또는 신체상의 피해를 입힐 목적으로 불법행위를 행하여 발생한 손해

11. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
12. 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임

13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(장해로 인한 사망을 포함합니다.)에 기인하는 배상책임

14. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임

15. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임

16. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.

17. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임

18. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임

19. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다.), 총기(공기총은 제외합니다.)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임

20. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.

21. 불법행위 또는 폭력행위에 기인하는 배상책임

제 3 조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1 회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금(2 만원)은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제 1 조(보상하는 손해) 제 1 호의 손해배상금 : 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.

2. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

3. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제 1 호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

② 회사가 제 1 항에 의하여 보상을 한 경우에는 보험가입금액(보상한도액)에서 그 보상액을 뺀 잔액을 나머지 보험기간에 대한 보험가입금액(보상한도액)으로 합니다.

제 4 조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금 지급을 청구할 수 있습니다.

제 5 조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명

2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우

3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제 1 항 각의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제 1 항 제 3 호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다.

제 6 조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제 1 항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제 1 조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제 1 호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자로부터 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 손해배상액의 전부 또는 일부를 피해자에게 지급하지 않아도 되는 사유가 있는 경우에는 그에 해당하는 보험금의 지급을 거절할 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 보험계약자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 보험계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제 2 항, 제 3 항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인해 늘어난 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 8 조(보험금의 분담)

① 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제 1 항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

[예시안내]

<비례분담예시 1>
손해액이 1,000,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원
B 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원

A 사, B 사 보상책임액의 합계액(1,600,000 원)이 실제 입은 손해액(1,000,000 원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

A 사 = 1,000,000 X 800,000/1,600,000 = 500,000 원
B 사 = 1,000,000 X 800,000/1,600,000 = 500,000 원

<비례분담예시 2>
손해액이 300,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원
B 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

[용어해설]
<의무보험>
가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제 9 조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제 3 자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제 1 항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요청하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제 1 항, 제 2 항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제 10 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스포츠활동중배상책임 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 단체의 관리하에 행하는 운동경기중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라 합니다)로 타인의 신체에 장해(이하 「신체장해」라 합니다)를 입히거나 타인의 재물을 망그러뜨려(이하 「재물손해」라 합니다) 법률상 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

② 위 제 1 항의 「운동경기」란 단체의 관리하에 참여하거나 진행하는 정규경기 또는 연습경기(훈련활동을 포함합니다. 이하 같습니다)를 말합니다.

③ 회사가 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금

2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무)제 1 항제 1 호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

나. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무)제 1 항제 2 호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

[용어해설]
<공탁보증보험료>
가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료

마. 피보험자가 제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)제 2 항 및 제 3 항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제 2 조(피보험자의 범위)

① 보통약관 제 6 조에도 불구하고 이 특별약관의 피보험자는 이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 단체 및 단체의 소속원으로 등록된 자를 말합니다. 단, 각종 프로연맹 또는 아마추어경기연맹(협회를 포함합니다)에 소속된 선수는 제외합니다.

② 이 계약이 성립된 후에 단체에 등록된 자는 그 등록시점부터 피보험자가 되며 소속을 이탈하는 경우 그 이탈시점부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제 3 조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유로 손해배상책임을 부담하게 됨으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자, 법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 피보험자의 직무수행을 직접원인으로 하는 배상책임
3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
5. 피보험자의 고용인이 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해(장해로 인한 사망을 포함합니다)로 인한 배상책임
6. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
7. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
8. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
9. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
10. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
11. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
12. 체육관, 운동장등 경기시설 구조상의 결함이나 관리의 불비(不備)로 인한 배상책임

제 4 조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1 회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제 1 조(보상하는 손해) 제 1 호의 손해배상금 : 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제 1 호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

② 보험기간중 발생하는 사고에 대한 보상총액은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 총 보상한도액을 한도로 합니다.

제 5 조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제 1 항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 제 1 항제 3 호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다.

제 6 조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일
4. 손해배상책임에 관하여 피보험자가 소송을 제기하려고 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제 1 항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제 1 조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제 1 호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급 책임을 지는 금액한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 손해배상액의 전부 또는 일부를 피해자에게 지급하지 않아도 되는 사유가 있는 경우에는 그에 해당하는 보험금의 지급을 거절할 수 있습니다.

② 회사가 위 제 1 항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우에 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 위 제 2 항, 제 3 항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 8 조(보험금의 지급)

① 피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

② 회사는 제 1 항에 따른 보험금 청구를 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7 일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 회사는 제 2 항의 지급보험금이 결정된 후 7 일이 지나도록 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지체된 날부터 지급일까지 보험개발원이 매월 공시하는 1 년만기 정기예금이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그러하지 않습니다.

※용 어 풀 이※

영업일은 "토요일", “일요일”, "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"및 “근로자의 날”을 제외한 날을 의미합니다.

제 9 조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제 1 항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

[예시안내]

<비례분담예시 1>
손해액이 1,000,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원
B 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원
A 사, B 사 보상책임액의 합계액(1,600,000 원)이 실제 입은 손해액(1,000,000 원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

A 사 = 1,000,000 X 800,000/1,600,000 = 500,000 원
B 사 = 1,000,000 X 800,000/1,600,000 = 500,000 원

<비례분담예시 2>
손해액이 300,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원
B 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

[용어해설]
<의무보험>
가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제 10 조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제 3 자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제 1 항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제 1 항, 제 2 항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제 11 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【비용손해관련 특별약관】

자동차사고벌금(대인)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 대한민국 법원의 확정판결에 의하여 피보험자가 부담하여야 하는 벌금액을 1사고당 2,000만원 한도로 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

단, 어린이 보호구역(스쿨존)에서 발생한 사고로 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)에 따라 처벌을 받은 경우에는 피보험자가 부담하여야 하는 벌금액을 3,000만원 한도로 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

[관련법규]

※「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)

: 자동차(원동기장치자전거를 포함한다)의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조(자동차 운전중 등의 정의)

① 이 특약에서 '자동차 운전중'이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 제1항에서 '자동차'라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등)

③ 이 특약에서 '벌금액'이라 함은 법원의 확정 판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.

제3조(보험금의 분담)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 제2조 (자동차 운전중 등의 정의) 제2항 제2호에서 정한 건설기계를 작업기계로 사용한 행위로 인하여 발생된 손해
4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주 · 무면허상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

[관련법규]

※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)
: 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)
: 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

※ 도로교통법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)
: 자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차사고벌금(대물)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 재물을 손괴하여 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우 피보험자가 부담하여야 하는 벌금액을 1사고당 500만원 한도로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다.)

[관련법규]

※ 도로교통법 제 151 조(벌칙)
: 차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2 년 이하의 금고나 500 만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조(자동차 운전중 등의 정의)

① 이 특약에서 '자동차 운전중'이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 제1항에서 '자동차'라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등)

③ 이 특약에서 '벌금액'이라 함은 법원의 확정 판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.

제3조(보험금의 분담)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 제2조 (자동차 운전중 등의 정의) 제2항 제2호에서 정한 건설기계를 작업기계로 사용한 행위로 인하여 발생된 손해
4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

[관련법규]

※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)
: 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)
: 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중 알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

※ 도로교통법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)

: 자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금보장 특별약관

가. 교통사고처리지원금보장 특별약관(동승자포함)

제 1 조(보험금 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 “형사합의금”이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. “중대법규위반 교통사고”로 피해자가 42 일(피해자 1 인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. “일반교통사고”로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제 258 조 제 1 항 또는 제 2 항, 형법 제 268 조, 교통사고처리특례법 제 3 조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제 3 조에서 정한 상해급수 1 급, 2 급 또는 3 급에 해당하는 부상을 입힌 경우

※용 어 풀 이※

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

② 제 1 항의 교통사고처리지원금은 피해자 1 인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제 1 호의 경우 : 보험가입금액 한도
2. 제 1 항 제 2 호의 경우

보험가입금액	42일(6주)이상~ 70일(10주)미만	70일(10주)이상~ 140일(20주)미만	140일(20주)이상
3천만원 기준	1천만원 한도	2천만원 한도	3천만원한도
5천만원 기준	1천만원 한도	3천만원 한도	5천만원 한도
7천만원 기준	1천만원 한도	4천만원 한도	7천만원 한도
1억원 기준	1천만원 한도	5천만원 한도	1억원 한도

3. 제 3 호의 경우 : 보험가입금액 한도

③ 제 1 항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서(【별표 9】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8 은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

④ 제 1 항에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서 중 7, 8 은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 제 1 항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하 「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

[용어해설]
<공탁>
공탁은 상대방에게 갚을 목적으로 금전이나 유가증권과 같은 물건을 공탁소(법원)에 맡기는 것을 말합니다. 피해자와 합의가 되지 않을 경우 가해자는 공탁을 하고, 검찰이나 법원에 공탁서를 제출합니다.

② 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

③ 회사는 제 1 조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 다음 각 호에 모두 해당하고 피보험자의 요청이 있는 경우에는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금을 확정하고, 피해자가 형사합의금을 별도로 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

④ 제 3 항에 따른 형사합의금 지급을 요청하는 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있고, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때

4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

5. 피보험자가 도로교통법 제 43 조, 제 44 조에 정한 음주. 무면허 상태 또는 제 45 조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사로를 일으킨 때

6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

[관련법규]
※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)
: 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)
: 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

※ 도로교통법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)
: 자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다.

제 4 조(보험금의 비례분담)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제 2 항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

[용어해설]
<공제계약>
공통의 이해관계를 갖는 다수의 집단이 결합해 보험사고가 발생할 위험을 제거하고 공동으로 재산을 형성하는 계약을 말합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

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

[예시안내]

<비례분담예시 1>
손해액이 1,000,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원
B 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원
A 사, B 사 보상책임액의 합계액(1,600,000 원)이 실제 입은 손해액(1,000,000 원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

A 사 = 1,000,000 X 800,000/1,600,000 = 500,000 원
B 사 = 1,000,000 X 800,000/1,600,000 = 500,000 원

<비례분담예시 2>
손해액이 300,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원
B 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

나. 교통사고처리지원금보장 특별약관(동승자제외)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(이하 「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)가 42 일(피해자 1 인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. "일반교통사고"로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)에게 중상해를 입혀 형법 제 258 조 제 1 항 또는 제 2 항, 형법 제 268 조, 교통사고처리특례법 제 3 조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제 3 조에서 정한 상해급수 1 급, 2 급 또는 3 급에 해당하는 부상을 입힌 경우

※용 어 풀 이※

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

② 제 1 항의 교통사고처리지원금은 피해자 1 인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제 1 호의 경우 : 보험가입금액 한도
2. 제 1 항 제 2 호의 경우

보험가입금액	42일(6주)이상~ 70일(10주)미만	70일(10주)이상~ 140일(20주)미만	140일(20주)이상
3천만원 기준	1천만원 한도	2천만원 한도	3천만원한도
5천만원 기준	1천만원 한도	3천만원 한도	5천만원 한도

7천만원 기준	1천만원 한도	4천만원 한도	7천만원 한도
1억원 기준	1천만원 한도	5천만원 한도	1억원 한도

3. 제 1 항 제 3 호의 경우 : 보험가입금액 한도

③ 제 1 항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서(【별표 9】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8 은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

④ 제 1 항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서 중 7, 8 은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 제 1 항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차와 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하 「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

[용어해설]
<공탁>
공탁은 상대방에게 갚을 목적으로 금전이나 유가증권과 같은 물건을 공탁소(법원)에 맡기는 것을 말합니다. 피해자와 합의가 되지 않을 경우 가해자는 공탁을 하고, 검찰이나 법원에 공탁서를 제출합니다.

② 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

③ 회사는 제 1 조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 다음 각 호에 모두 해당하고 피보험자의 요청이 있는 경우에는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금을 확정하고, 피해자가 형사합의금을 별도로 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

④ 제 3 항에 따른 형사합의금 지급을 요청하는 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있고, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 도로교통법 제 43 조, 제 44 조에 정한 음주. 무면허 상태 또는 제 45 조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사로를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

[관련법규]
※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)
: 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)
: 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

※ 도로교통법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)
: 자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다.

제 4 조(보험금의 비례분담)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제 2 항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

[용어해설]
<공제계약>
공통의 이해관계를 갖는 다수의 집단이 결합해 보험사고가 발생할 위험을 제거하고 공동으로 재산을 형성하는 계약을 말합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과한 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

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

[예시안내]

<비례분담예시 1>
손해액이 1,000,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원
B 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원
A 사, B 사 보상책임액의 합계액(1,600,000 원)이 실제 입은 손해액(1,000,000 원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

A 사 = 1,000,000 X 800,000/1,600,000 = 500,000 원
B 사 = 1,000,000 X 800,000/1,600,000 = 500,000 원

<비례분담예시 2>
손해액이 300,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원
B 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금보장(이륜자동차포함) 특별약관

가. 교통사고처리지원금보장(이륜자동차포함) 특별약관(동승자포함)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자가 42 일(피해자 1 인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. “일반교통사고”로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제 258 조 제 1 항 또는 제 2 항, 형법 제 268 조, 교통사고처리특례법 제 3 조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제 3 조에서 정한 상해급수 1 급, 2 급 또는 3 급에 해당하는 부상을 입힌 경우

※용 어 풀 이※

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

② 제 1 항의 교통사고처리지원금은 피해자 1 인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제 1 호의 경우 : 보험가입금액 한도
2. 제 1 항 제 2 호의 경우

보험가입금액	42일(6주)이상~ 70일(10주)미만	70일(10주)이상~ 140일(20주)미만	140일(20주)이상
3천만원 기준	1천만원 한도	2천만원 한도	3천만원한도
5천만원 기준	1천만원 한도	3천만원 한도	5천만원 한도
7천만원 기준	1천만원 한도	4천만원 한도	7천만원 한도
1억원 기준	1천만원 한도	5천만원 한도	1억원 한도

3. 제 1 항 제 3 호의 경우 : 보험가입금액 한도

③ 제 1 항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서(【별표 9】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8 은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

④ 제 1 항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서 중 7, 8 은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 제 1 항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하 「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

[용어해설]
<공탁>
공탁은 상대방에게 갚을 목적으로 금전이나 유가증권과 같은 물건을 공탁소(법원)에 맡기는 것을 말합니다. 피해자와 합의가 되지 않을 경우 가해자는 공탁을 하고, 검찰이나 법원에 공탁서를 제출합니다.

② 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

③ 회사는 제 1 조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 다음 각 호에 모두 해당하고 피보험자의 요청이 있는 경우에는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금을 확정하고, 피해자가 형사합의금을 별도로 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

④ 제 3 항에 따른 형사합의금 지급을 요청하는 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원

2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있고, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 도로교통법 제 43 조, 제 44 조에 정한 음주. 무면허 상태 또는 제 45 조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사로를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

[관련법규]
※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)
: 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)
: 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

※ 도로교통법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)
: 자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다.

제 4 조(보험금의 비례분담)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제 2 항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

[용어해설]
<공제계약>
공통의 이해관계를 갖는 다수의 집단이 결합해 보험사고가 발생할 위험을 제거하고 공동으로 재산을 형성하는 계약을 말합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

각 계약별 비례분담액 =

형사합의금 × 각 계약별 보상책임액 / 각 계약별 보상책임액의 합계액

[예시안내]

<비례분담예시 1>

손해액이 1,000,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,

A 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원

B 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원

A 사, B 사 보상책임액의 합계액(1,600,000 원)이 실제 입은 손해액(1,000,000 원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

A 사 = 1,000,000 X 800,000/1,600,000 = 500,000 원

B 사 = 1,000,000 X 800,000/1,600,000 = 500,000 원

<비례분담예시 2>

손해액이 300,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,

A 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

B 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

나. 교통사고처리지원금보장(이륜자동차포함) 특별약관(동승자제외)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(이하 「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)가 42 일(피해자 1 인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. “일반교통사고”로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)에게 중상해를 입혀 형법 제 258 조 제 1 항 또는 제 2 항, 형법 제 268 조, 교통사고처리특례법 제 3 조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제 3 조에서 정한 상해급수 1 급, 2 급 또는 3 급에 해당하는 부상을 입힌 경우

※용 어 풀 이※

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

② 제 1 항의 교통사고처리지원금은 피해자 1 인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제 1 호의 경우 : 보험가입금액 한도
2. 제 1 항 제 2 호의 경우

보험가입금액	42일(6주)이상~ 70일(10주)미만	70일(10주)이상~ 140일(20주)미만	140일(20주)이상
3천만원 기준	1천만원 한도	2천만원 한도	3천만원한도
5천만원 기준	1천만원 한도	3천만원 한도	5천만원 한도
7천만원 기준	1천만원 한도	4천만원 한도	7천만원 한도
1억원 기준	1천만원 한도	5천만원 한도	1억원 한도

3. 제 1 항 제 3 호의 경우 : 보험가입금액 한도

③ 제 1 항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서(【별표 9】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8 은 중대법규위반 교통사고로보지 않습니다.

④ 제 1 항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서 중 7, 8 은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 제 1 항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하 「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제 1 조(보험금의 지급사유)제 2 항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

[용어해설]
<공탁>
공탁은 상대방에게 갚을 목적으로 금전이나 유가증권과 같은 물건을 공탁소(법원)에 맡기는 것을 말합니다. 피해자와 합의가 되지 않을 경우 가해자는 공탁을 하고, 검찰이나 법원에 공탁서를 제출합니다.

② 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

③ 회사는 제 1 조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 다음 각 호에 모두 해당하고 피보험자의 요청이 있는 경우에는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금을 확정하고, 피해자가 형사합의금을 별도로 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

④ 제 3 항에 따른 형사합의금 지급을 요청하는 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있고, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 도로교통법 제 43 조, 제 44 조에 정한 음주. 무면허 상태 또는 제 45 조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사로를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

[관련법규]
※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)
: 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)
: 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

※ 도로교통법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)
: 자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다.

제 4 조(보험금의 비례분담)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제 2 항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

[용어해설]
<공제계약>
공통의 이해관계를 갖는 다수의 집단이 결합해 보험사고가 발생할 위험을 제거하고 공동으로 재산을 형성하는 계약을 말합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과한 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

각 계약별 비례분담액 =

형사합의금 × 각 계약별 보상책임액 / 각 계약별 보상책임액의 합계액

[예시안내]

<비례분담예시 1>

손해액이 1,000,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,

A 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원

B 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원

A 사, B 사 보상책임액의 합계액(1,600,000 원)이 실제 입은 손해액(1,000,000 원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

A 사 = 1,000,000 X 800,000/1,600,000 = 500,000 원

B 사 = 1,000,000 X 800,000/1,600,000 = 500,000 원

<비례분담예시 2>

손해액이 300,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,

A 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

B 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금(스쿨존, 어린이 6 주미만치료)보장 추가특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차 운전중 급격하고도 우연히 발생한 어린이보호구역(스쿨존)내 자동차사고로 어린이(피보험자의 자녀는 제외합니다. 이하 '피해자'라 합니다)에게 상해를 입혀 42 일(피해자 1 인 기준이며, 하나의 사고로 최초 진단 이후에 추가 진단이 있을 경우에는 진단일을 합하여 적용합니다)미만 치료를 요한다는 진단을 받은 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 '형사합의금'이라 합니다)을 피해자 1 인당 500 만원 한도로 피보험자에게 보험금으로 지급합니다.

[관련법규]

※「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)

: 자동차(원동기장치자전거를 포함한다)의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제 1 항의 어린이보호구역(스쿨존)내 자동차사고는 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률(법률 제 16829 호, 2019.12.24., 2020.3.25. 시행)의 시행일(2020.3.25.) 이후 발생하여, 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서 중 11 에 해당되는 사고로, 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제 5 조의 13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)에 해당되는 사고를 말합니다.

[관련법규]

※ 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(제1호 내지 제12호)

1. 신호 및 지시위반
2. 중앙선 침범 또는 불법 횡단 · 유턴 · 후진 위반
3. 제한속도를 20킬로미터 초과한 속도 위반
4. 앞지르기 금지 또는 끼어들기 금지 위반
5. 건널목 통과방법 위반
6. 횡단보도에서의 보행자 보호의무 위반
7. 무면허 운전
8. 음주 운전 또는 약물 복용 운전
9. 보도침범 또는 보도횡단방법 위반
10. 승객 추락방지의무 위반
11. 어린이보호구역(스쿨존)에서의 주의의무 위반
12. 화물고정조치 위반

제 2 조 (자동차 운전중 등의 정의)

① 이 특약에서 '자동차 운전중'이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 제 1 항에서 '자동차'라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등)

③ 이 특약에서 '어린이 보호구역(스쿨존)'이라 함은 도로교통법 제 12 조에 따라 지정된 어린이 보호구역을 말합니다.

제 3 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 금액을 한도로 보상합니다.

[용어해설]

<공탁>

공탁은 상대방에게 갚을 목적으로 금전이나 유가증권과 같은 물건을 공탁소(법원)에 맡기는 것을 말합니다. 피해자와 합의가 되지 않을 경우 가해자는 공탁을 하고, 검찰이나 법원에 공탁서를 제출합니다.

② 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서
   단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.
3. 검찰에 의해 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

③ 회사는 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항에도 불구하고 다음 각 호에 모두 해당하고 피보험자의 요청이 있는 경우에는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금을 확정하고, 피해자가 형사합의금을 별도로 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

④ 제 3 항에 따른 형사합의금 지급을 요청하는 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서
   단, 합의금액이 명시되어 있고, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다.

3. 검찰에 의해 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제 4 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 이외에도 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 제 2 조 (자동차 운전중 등의 정의) 제 2 항 제 2 호에서 정한 건설기계를 작업기계로 사용한 행위로 인하여 발생된 손해
4. 피보험자가 도로교통법 제 43 조, 제 44 조에 정한 음주 · 무면허상태 또는 제 45 조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 최초 진단후 추가 진단을 받아 최종 진단일이 42 일 이상의 치료를 요하는 진단을 받은 경우

[관련법규]
※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)
: 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)
: 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

※ 도로교통법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)
: 자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다.

제5조 (준용규정)
이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 교통사고처리지원금보장 특별약관을 따릅니다.

자동차사고변호사선임비용(약식기소제외)보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 『자동차 운전중 교통사고』라 합니다)로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검찰에 의해 공소제기(이하 “기소”라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다.)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행하게 된 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 “변호사선임비용”이라 합니다.)를 『1 사고』마다 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

② 제 1 항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 아니하고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

③ 제 1 항의 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하 「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9 종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제 1 항의 『자동차를 운전하던 중』 이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

⑤ 제 1 항의 『1 사고』 라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며, 『1 사고』로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

⑥ 제 1 항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제 43 조의 무면허상태(단, 면허시험장 내에서 면허시험 중에 발생한 사고는 보상하여 드립니다), 도로교통법 제 44 조의 술에 취한 상태 또는 제 45 조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
8. 피보험자(보험대상자, 자가용 운전자를 대상으로 합니다)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중에 발생한 사고

[관련법규]
※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)
: 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)
: 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

※ 도로교통법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)
: 자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다.

제 3 조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고벌금보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중 급격하고도 우연한 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 확정판결에 의하여 정해진 벌금액(보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 1 사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 금액에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 특별약관에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

③ 제 1 항의 자전거라 함은 자전거이용 활성화에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 1 호에서 정한 자전거를 말합니다. (동법 제 2 조 제 1 의 2 에서 정한 전기자전거는 제외합니다.)

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항에도 불구하고 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업 또는 직무로 자전거를 이용하는 동안 및 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 산악자전거(MTB) 활동 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 자전거에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다.)
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하는 행위
4. 피보험자가 자전거를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고변호사선임비용(약식기소제외)보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자전거사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검찰에 의해 공소제기(이하 “기소”라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다.)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행하게 된 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 “변호사선임비용”이라 합니다.)를 『1 사고』마다 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

② 제 1 항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 아니하고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

③ 제 1 항의『1 사고』라 함은 하나의 자전거 운전 중 사고를 말하며,『1 사고』로 항소심, 상소심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

④ 제 1 항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제 1 항의 자전거라 함은 자전거이용 활성화에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 1 호에서 정한 자전거를 말합니다. (동법 제 2 조 제 1 의 2 에서 정한 전기자전거는 제외합니다.)

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자전거를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
7. 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제 3 조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유괴·납치·인질발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 타인에 의해 유괴, 납치, 불법감금 등으로 억류상태에 놓이게 되어 관할행정기관에 신고한 시점부터 72 시간이 지난 시점까지 구출 또는 억류해제되지 않은 경우 신고한 시점부터 피보험자가 구출 또는 억류 해제되거나 사망사실 이 확인된 시점까지 90 일을 한도로 1 일당 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인) 에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 “억류상태”라 함은 아래의 경우를 말합니다

1. 신체적으로 직접 구속하여 장소적으로 일정한 구획밖으로 나가지 못하게 하는 것

2. 기만 또는 유혹의 수단이나 폭행 또는 협박을 수단으로 하여 현재 보호되고 있는 상태 에서 벗어나게 하여 자기 또는 제 3 자의 실력지배하에 두는 것

③ 제 1 항의 사고발생에 대하여는 관할행정기관에 신고접수한 시점부터 1 년 이내에 관할행정기관 에 의해 유괴,납치,불법감금으로 판명되어야 사고로 인정합니다

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 피보험자가 단순한 가출이나 실종으로 행방이 불명한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유괴·인신매매피해발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 약취와 유인의 죄(형법 제 31 장 제 287 조(미성년자의 약취,유인), 제 288 조(추행 등 목적 약취, 유인 등), 제 289 조(인신매매)에 의해 피해자가 된 경우에 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 피보험자가 원인이 불명확한 실종 및 행방불명이 된 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

미아찾기지원금보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 미아상태에 놓이게 되어 관할경찰서에 신고한 시점부터 1 개월이 지난 시점까지 미아상태가 계속된 경우 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 제 1 항의 미아상태라 함은 길을 잃음 등으로 현재 보호되는 상태에서 벗어나 돌아올 수 없는 상태을 말하며 유괴, 납치로 인한 실종은 제외합니다.

제 2 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 계약시점에서 만 8 세 이하의 어린이에 한합니다

제 3 조(미아찾기지원금)

회사는 피보험자가 미아상태가 미아신고후 1 개월이상 계속될 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 미아찾기지원금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다. 또한 미아상태가 미아신고후 3 개월이상 계속될 경우 이 특별약관 보험가입금액의 2 배에 해당하는 금액을 추가로 지급합니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 단순가출로 행방이 불명한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자녀양육비용보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제 30 조(보험금의 지급사유)에 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접 결과로써 사망하거나 장해분류표상의 50% 이상에 해당하는 후유장해를 입었을 때에는 이 특별약관 보험가입금액의 10% 해당액을 사고일로부터 5 회에 걸쳐 매년 자녀양육비용(사고 당시 자녀가 있는 경우에 한함)으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

의료사고법률비용보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따른 치료중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1 심에 한하여 1 사고당 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고 법률비용으로 피보험자에게 지급합니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제 3 조에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보상합니다.

③ 제 1 항의 의료사고라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않은 결과를 총칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 의료법 제 3 조에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 상해는 의료사고로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 발생한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
3. 계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제 3 조(보험금의 분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 의료사고법률비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함

합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

국내연수외국인특별비용보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 아래의 사유로 계약자, 피보험자 또는 피보험자의 법정상속인이 부담하는 비용을 이 특별약관에 따라 특별비용보험금으로 지급하여 드립니다.

1. 국내연수 중에 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 행방불명 또는 조난된 경우 또는 산악등반 중에 조난된 경우
2. 국내연수 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고에 따라 긴급수색구조 등이 필요한 상태로 된 것이 경찰 등의 공공기관에 의하여 확인된 경우
3. 국내연수 중에 상해를 직접원인으로 하여 사고일로부터 1 년 이내에 사망한 경우 또는 14 일 이상 계속 입원한 경우(다른 의료기관으로 이전한 경우에는 이전에 소요된 기간을 입원 중으로 봅니다. 다만, 그 이전에 대하여는 치료를 위하여 의사가 필요하다고 인정한 경우에 한합니다. 이하 같습니다.)
4. 질병을 직접 원인으로 하여 국내연수 중에 사망한 경우 또는 보험기간도중에 걸린 질병을 직접 원인으로 하여 14 일 이상 계속 입원한 경우. 다만, 입원에 대하여는 보험기간도중에 의사가 치료를 개시한 질병으로 인하여 입원에 한합니다.

② 제 1 호의 산악등반중 피보험자의 조난이 확실치 않은 경우에는 피보험자의 하산 예정일이후 계약자 또는 피보험자의 법정상속인이나 이들을 대신한 사람이 경찰서 등의 공공기관, 조난구조대, 해난구조회사 또는 항공회사에 수색을 의뢰한 것을 조난이 발생한 것으로 봅니다.

제 2 조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 외국인으로서 국내의 교육기관, 연구소 및 기업체등에 유학, 연수, 업무 및 이와 유사한 활동을 목적으로 하는 자 및 그 배우자, 직계자녀에 한합니다.

제 3 조(특별비용의 범위)

① 회사가 보상하는 특별비용의 범위는 아래와 같습니다.

1. 수색구조비용

조난당한 피보험자를 수색, 구조 또는 이송(이하 「수색」이라 합니다)하는 활동에 필요한 비용 중 이들의 활동에 종사한 사람으로부터의 청구에 의하여 지급한 비용을 말합니다.

2. 항공운임 등 교통비

피보험자의 수색, 간호 또는 사고처리를 위하여 사고발생지 또는 현지(이하 '현지'라 합니다)까지의 피보험자의 법정상속인(그 대리인을 포함합니다. 이하 「구원자」라 합니다)의 왕복교통비를 말하며 2 명분을 한도로 합니다.

3. 숙박비

현지에서의 구원자의 숙박비를 말하며 구원자 2 명분을 한도로 하여 1 명당 14 일분을 한도로 합니다.

4. 이송비용

피보험자가 사망한 경우 그 유해를 현지로부터 피보험자의 본국 주소지에 이송하는데 필요한 비용, 또는 치료를 계속중인 경우 피보험자를 본국 주소지에 이송하는데 드는 비용으로서 피보험자, 의사, 간호사의 호송비(당해 교통수단의 일반실 기준에 해당하는 피보험자 본인의 교통비 또는 운임 해당액은 공제합니다.)를 말합니다.

5. 제잡비

구원자의 출입국 절차에 필요한 비용(여권인지대, 사증료, 예방접종료 등) 및 구원자 또는 피보험자가 현지에서 지출한 교통비, 통신비, 피보험자 유해처리비 등을 말하고 10 만원을 한도로 합니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

제 5 조(보험금의 지급)

회사는 제 3 조(특별비용의 범위)의 비용 중 정당하다고 인정된 부분에 대해서만 보상하여 드리며, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 타인으로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 금액을 지급하지 않습니다.

제 6 조(보험금의 분담)

제 1 조(보험금의 지급사유)의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수의 계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 그 비용을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

제 7 조(보상한도액)

회사가 이 특별약관에 관하여 지급할 보험금은 보험기간을 통하여 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 8 조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자, 보험수익자 또는 피보험자의 법정상속인이 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제 7 조(보험금의 청구) 및 피보험자 국적의 정부기관에서 발행하는 피보험자와의 관계증명서를 제출하여야 합니다.

<정부에서 발행하는 관계증명서 예시> 중국 : 친족관계증명서, 호구부 일본 : 호적등본 미국 : 출생증명서

※ 해당국가 공증필 (공증 후 2 년 이내의 서류)

제 9 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

전화금융사기보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 대한민국 내에서 발생한 "전화금융사기사고"(이하 “사고”라 합니다)로 인하여 금전적인 손해를 입었을 경우 "실제 금전손해액“의 ( )%를 보험가입금액을 한도로 지급하여 드립니다. 단, 금융거래 상대방(금융기관 등)이 제공하는 보상제도(법규, 해당 금융기관의 회원약관 및 보험계약을 포함합니다.) 및 가해자에 의해 보상을 받은 경우에는 “실제 금전손해액”에서 “보상받은 금액”을 차감한 금액을 한도로 지급하여 드립니다.

※용어풀이※

○"전화금융사기"라 함은 사기의 의도가 있는 자가 피보험자(보험대상자)에게 전화를 걸거나 혹은 걸도록 유도하여 공공기관, 금융기관, 수사기관 등을 사칭해 세금환급, 대금연체(신용카드, 이동통신이용료 등), 카드 도용, 카드발급, 출석요구, 거짓 납치사고, 범죄 연루 등을 빌미로 송금을 요구하거나 개인정보 및 금융정보를 탈취하는 수법을 말합니다.

○"실제 금전손해액"이라 함은 법원의 판결, 경찰 조사 또는 금융거래내역 등으로 입증이 가능한 피보험자(보장대상자)의 금전손실액 원금을 말합니다.

○"개인정보" 라 함은 생존하는 개인의 신상에 관한 정보로서 당해 정보에 포함되어 있는 성명, 주소, 생년월일 또는 주민등록번호 등에 의해 당해 개인을 식별할 수가 있는 정보(당해 정보만으로는 특정 개인을 식별할 수 없더라도 다른 정보와 용이하게 결합하여 식별할 수 있는 것을 포함한다.)를 말합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인해 발생한 비용 또는 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 대리인의 고의 또는 범죄행위로 인한 사고 (공모한 경우를 포함합니다.)
2. 제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유)에 명기된 손해 이외의 일체의 비용 또는 손해
3. 구두 또는 문서에 의한 비방, 중상에 따른 인격권 침해
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이하는 배우자 및 직계친족에 의한 사고
6. 영업비밀, 저작권, 특허권 또는 이와 유사한 지적재산권 침해
7. 대한민국 외에서 생성된 개인정보로 인한 손해 및 대한민국 외에서 피보험자(보험대상자)에게 발생한 금전적 손해 및 그로 인한 비용
8. 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 손해배상책임. 그러나 약정이 없었더라도 법률규정에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하게 될 배상책임은 보상합니다.
9. 피보험자(보험대상자)가 입은 신체적인 상해, 질병 또는 장해, 정신적 쇼크, 정신적 고통 또는 정신 장해
10. 피보험자(보험대상자)가 자발적으로 제 3 자에게 개인정보를 제공하거나 노출한 경우
11. 피보험자(보험대상자)의 사업 또는 업무 관련 하여 발생한 사고
12. 차압, 구류, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공단체의 공권력 행사

13. 보험기간 이전에 발생한 사고나 손해로 인하여 보험기간 중에 발생한 손해 또는 비용

※용 어 풀 이※

○ "범죄행위"라 함은 형법에 규정되어 있는 범죄 및 상법 또는 독점금지법 등의 법률과 같이 특별 처벌규정에 따른 범죄를 말합니다. 그리고 범죄행위에는 형(刑)을 받아야 하지만 집행유예 등에 의하여 형의 집행이 면제되는 경우뿐만 아니라 시효의 완성 등에 따라 형을 받게 되지 않은 경우도 포함합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

출산비용보장 특별약관

제 1 조(적용범위)

이 특별약관은 보험계약일 기준으로 만 15 세~만 49 세의 여성만을 대상으로 적용합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 자녀를 출산한 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 최초 1 회에 한하여 지급합니다.

② 출산은 임신·유산·사산 및 출산후 출생신고 전 사망의 경우는 포함하지 않습니다.

③ 출생아가 2 명 이상인 다태아 출산의 경우에는 출생아의 인원에 관계없이 1 회의 보험가입금액을 지급합니다.

[용어해설]

<임신>

난자와 정자의 결합으로 만들어진 수정란이 자궁에 착상하여 태아로 발육하는 과정을 말합니다.

<사산>

사산에는 자연분만에서 태아가 사망해 있는 자연사산과, 인공적으로 분만시켰을 때에 태아가 사망해 있는 인공사산이 있는데 임신기간 20 주 이후 분만이전이나 분만 도중에 발생하는 태아의 사망을 말합니다.

<유산>

유산은 크게 자연유산과 인공유산의 두 가지로 분류되며 태아가 생존이 가능한 시기 이전에 임신이 종결되는 것을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【실손의료비관련 특별약관】

기본형 급여 실손의료비보장 특별약관

실손의료비보장 특별약관은 사람의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한합니다)를 보험회사가 보상하는 상품입니다.

제 1 관 일반사항 및 용어의 정의

제 1 조(보장종목)

① 회사가 판매하는 기본형 실손의료보험상품은 다음과 같이 상해급여형, 질병급여형의 2 개 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
상해급여	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여[주)] 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상
질병급여	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여

② 회사는 이 약관의 명칭에 '급여 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제 2 조(용어의 정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 <붙임>과 같습니다.

제 2 관 회사가 보상하는 사항

제 3 조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

<table>
<tr><th>보장
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)
상해
급여</td><td>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원</td><td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td><td>중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액</td></tr>
<tr><td>통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)</td><td>통원 1 회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액

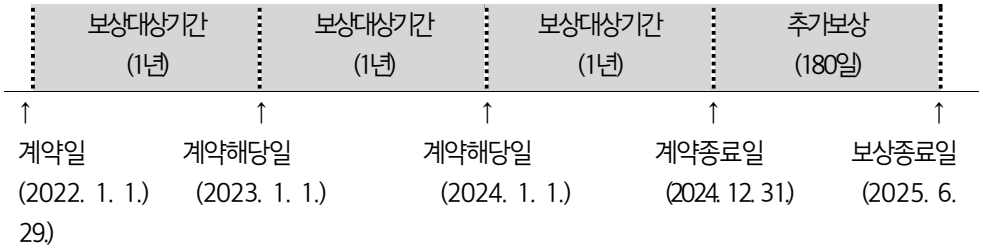
<표 1> 통원항목별 공제금액
<table><tr><th>항목</th><th>공제금액</th></tr><tr><td>「의료법」 제 3 조 제 2 항에 의한 의료기관 (동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조 제 1 항 제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1 만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr><tr><td>「국민건강보험법」 제 42 조 제 2 항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원, 동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td><td>2 만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr></table></td></tr>
</table>

② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

③ 피보험자가 「국민건강보험법」 제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는

	다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다. ⑤ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 회 한도 내에서 보상합니다. <입원 및 통원 보상기간 예시>  ⑥ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 4 항과 제 5 항을 적용하지 않습니다. ⑦ 하나의 상해(같은 상해로 2 회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 제 1 항, 제 5 항 및 제 6 항을 적용합니다. ⑧ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 제 1 항, 제 5 항 및 제 6 항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2 회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다.
(2) 질병 급여	① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다. 구분: 입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비) 보상금액: 국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액

<table>
<tr>
<td>통원
(외래제비용,
외래수술비,
처방조제비)</td>
<td>통원 1 회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액

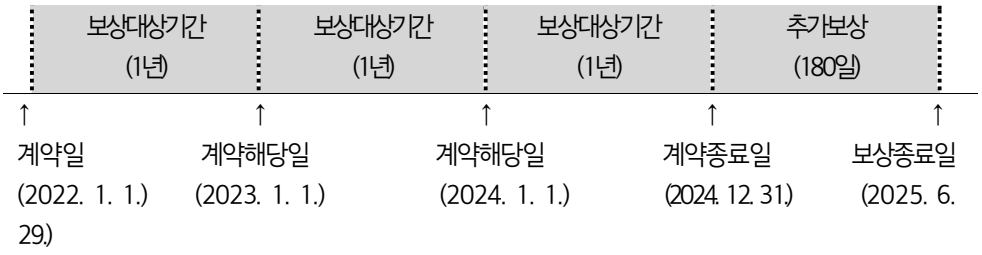
<표 1> 통원항목별 공제금액
<table>
<tr><th>항목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td>「의료법」 제 3 조 제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항 제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1 만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>「국민건강보험법」 제 42 조 제 2 항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원, 동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td><td>2 만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

② 피보험자가 「국민건강보험법」 제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다.

④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 회 한도 내에서 보상합니다.



⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 3 항과 제 4 항을 적용하지 않습니다.

⑥ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 제 1 항, 제 4 항 및 제 5 항을 적용합니다.

⑦ "하나의 질병"이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2 회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원 또는 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.

⑧ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 제 1 항, 제 4 항 및 제 5 항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2 회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다.

제 3 관 회사가 보상하지 않는 사항

제 4 조(보상하지 않는 사항)

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느

	하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 3. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제 1 항, 제 2 항 및 제 4 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다. 4. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비
(2) 질병 급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99). 다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98 과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다. 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)으로 발생한 의료비 중 전액본인부담금 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04). 다만, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다. 5. 요실금(N39.3, N39.4, R32) ③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 3. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액본인부담금 4. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (2)질병급여 제 1 항 및 제 3 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다. 5. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상

	또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 6. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비

제 4 조의 2(특별약관에서 보상하는 사항)

① 제 3 조 및 제 4 조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 기본형 실손의료보험에서 보상하지 않습니다.

1. 비급여의료비
2. 제 1 호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비

② 제 1 항 제 1 호 및 제 2 호에서 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제 4 관 보험금의 지급

제 5 조(보험가입금액 한도 등)

① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5 천만원 이내에서, (2)질병급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5 천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 의한 급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다.

② 이 계약에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 보험연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에도 불구하고 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제 또는「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제 적용항목은 실제 본인이 부담한 금액(「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에서 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액은 제외한 금액)을 한도로 제 3 조(보장종목별 보상내용) 및 제 4 조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상합니다.

④ 제 3 조(보장종목별 보상내용)에서 정한 입원의 경우 급여의료비 중 보상금액을 제외한 나머지 금액(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 20%에 해당하는 금액)이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200 만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 제 1 항의 한도내에서 보상합니다.

⑤ 제 3 조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해급여 또는 (2)질병급여 각각에 대하여 통원 1 회당 20 만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액의 한도 내에서 보상합니다.

⑥ 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제 4 항 또는 제 5 항 및 (2)질병급여 제 3 항 또는 제 4 항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보험가입금액에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다.

제 5 조의 2(보험가입금액 한도 등에 대한 설명 의무)

① 회사는 제 18 조(약관 교부 및 설명 의무 등)에 따라 계약자가 청약할 때에 약관의 중요한 내용을 설명할 경우, 제 5 조(보험가입금액 한도 등)의 내용도 함께 설명하여 드립니다.

② 제 1 항에 따라 보험가입금액 한도 등을 설명할 때에, 회사는 계약자에게 제 5 조(보험가입금액 한도 등) 제 3 항의 '본인부담금 상한제' 및 '본인부담금 보상제'에 대한 사항을 구체적으로 설명하여 드립니다.

※「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제 : 요양급여비용 중 본인이 부담한 비용의 연간 총액이 일정 상한액(국민건강보험 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준에 따라 국민건강보험법 등 관련 법령에서 정한 금액(81 만원~584 만원))을 초과하는 경우 그 초과액을 국민건강보험공단이 부담하는 제도

※「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 : 수급권자의 급여대상 본인부담금이 매 30 일간 다음 금액을 초과하는 경우, 초과금액의 50%에 해당하는 금액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도

1. 1 종 수급권자 : 2 만원
2. 2 종 수급권자 : 20 만원

※「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 : 본인부담금 보상제에 따라 지급받은 금액을 차감한 급여대상 본인부담금이 다음 금액을 초과하는 경우, 그 초과액 전액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도

1. 1 종 수급권자 : 매 30 일간 5 만원
2. 2 종 수급권자 : 연간 80 만원(다만, 의료법 제 3 조 제 2 항 제 3 호 라목에 따른 요양병원에 연간 240 일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120 만원으로 한다.)

다만, 관련 법령 등이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다. (상기 예시금액은 2021.5 월 기준)

제 6 조(보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제 7 조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서((진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비))등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제 1 항제 2 호의 사고증명서는「의료법」제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사. 확인하기 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청

[용어해설]

<분쟁조정제도>

주로 금융소비자가 금융회사를 상대로 제기하는 금융분쟁에 대하여 금융감독원이 조정신청을 받아

의견을 제시하여 당사자 간의 합의를 유도함으로써 소송을 통하지 않고 분쟁을 원만하게 해결하는 제도를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제 5 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제 7 항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제 2 항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

④ 회사는 제 1 항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제 2 항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표> '보험금을 지급할 때의 적립이율'에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연될 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 14 조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제 2 항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 및 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 회사는 사실확인이 끝날 때까지 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

[용어해설]

<정당한 사유>

사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

⑥ 회사는 제 5 항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 보험수익자의 보험금액 및 보험금 지급여부에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험수익자와 회사가 동의하는 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 「의료법」 제 3 조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.

⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있으며, 진료비확인요청제도를 활용할 경우 회사는 이를 활용한 사례를 집적하고 먼저 유사 사례가 있는지를 확인하고 이용합니다.

⑩ 회사는 보험금 지급시 보험수익자에게 문자메시지, 전자우편 또는 이와 유사한 전자적 장치 등으로 다음 각 호의 사항을 안내하여 드리며, 보험수익자는 안내한 사항과 관련하여 구체적인 계산내역 등에 대하여 회사에 설명을 요청할 수 있습니다.

1. 보험금 지급일 등 지급절차
2. 보험금 지급 내역
3. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
4. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유 등

<부표> 보험금을 지급할 때의 적립이율

기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)

지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

3. 계약자 등에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

[용어해설]

<정당한 사유로 인정하는 경우>

회사의 보험금 지급지연 사유가 보험금지급의 신속성과 편의성 방해가 아닌 공정하고 정확한 보험금 지급사유의 조사, 확인을 위한 것으로 금융위원회 또는 금융감독원이 인정하는 사정이 있을 때를 말합니다.

제 9 조(보험금을 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자를 말합니다)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

[예시안내]

<연단위 복리 계산법>

100 원(원금) + 100 원 × 10%(1 년차 이자) + [100 원 + 100 원 × 10%] × 10%(2 년차 이자) = 총 121 원

<일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우>

(가정: 2023.1.1 에 일시에 지급할 보험금 100 만원을 2023.1.1 과 2024.1.1 에 각각 50 만원씩 나누어 지급, 평균공시이율 5%) :

2023.1.1 지급액 = 50 만원

2024.1.1 지급액 = 50 만원 + (50 만원 X 5%) = 52.5 만원

<나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우>

(가정: 2023.1.1 과 2024.1.1 에 각각 50 만원씩 나누어 지급할 보험금을 2023.1.1 에 일시에 지급, 평균공시이율 5%) :

2023.1.1 에 일시에 지급할 보험금 = 50 만원 + 50 만원/(1+5%)

= 97.62 만원

제 10 조(주소변경의 통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제 1 항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여

계약자 또는 보험수익자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제 11 조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2 명 이상인 경우에는 각 대표자를 1 명 지정하여야 하며, 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1 명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2 명 이상인 경우에는 연대하여 그 책임을 집니다.

[유의사항]

<계약자가 2 명 이상인 경우>

계약자가 2 명 이상인 경우, 계약전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약채결에 따른 계약자의 의무를 연대*로 합니다.

*연대란, 어떠한 행위의 이행에 있어서, 두 사람 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 해당 의무를 이행할 의무가 있습니다.

제 5 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 12 조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법에 따른"고지의무"와 같으며, 이하 "계약 전 알릴 의무"라 합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제 3 조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 13 조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

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

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

   [직무]
   직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일
2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차(자동차관리법상 이륜차로 분류되는 삼륜 또는 사륜의 자동차를 포함) 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를

계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

② 회사는 제 1 항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제 20 조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



③ 회사는 제 2 항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

[용어해설]

<계약자적립액>

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

④ 제 1 항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

[용어해설]

<보험요율>

보험료를 산출하기 위하여 일정한 보험단위 또는 단위위험 당 적용된 비율로서 보험요율에 보험금액을 곱하게 될 경우 보험계약자가 지불하는 보험료가 됩니다.

[예시안내]

<보험금을 삭감하여 지급하는 경우 예시>

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1 급 → 2 급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우

· 상해사망 가입금액 : 1 억원

· 상해사망 보험요율 : 1 급 0.3, 2 급 0.5

→ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1 억원 × (0.3 ÷ 0.5) = 6 천만원

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제 1 항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제 4 항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제 14 조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제 12 조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우.
2. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제 13 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 1 항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

② 제 1 항 제 1 호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 제 1 회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2 년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1 년)이 지났을 때
3. 계약체결일부터 3 년이 지났을 때
4. 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
   가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
   나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
   다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

③ 제 1 항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 회사는 제 32 조(보험료의 환급) 제 1 항에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

④ 제 1 항제 1 호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 서면 등으로 알려드립니다.

⑤ 제 1 항제 2 호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제 13 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 4 항 또는 제 5 항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제 1 항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제 4 항 및 제 5 항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제 15 조(사기에 의한 계약)

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5 년 이내(사기사실을 안 날부터 1 개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

② 회사가 제 1 항에 따라 계약을 취소한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 취소후 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 6 관 보험계약의 성립과 유지

제 16 조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제 1 회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 "진단계약"이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 진단일을 말합니다)부터 30 일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30 일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.

④ 회사가 제 1 회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 17 조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 철회할 수 없습니다.

1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약
2. 보험기간이 90일 이내인 계약
3. 전문금융소비자가 체결한 계약

[용어해설]

<전문금융소비자>

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 2 조(정의) 제 9 호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

<일반금융소비자>

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

[관련법규]

<금융소비자 보호에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 9 호, 제 10 호>

9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.

가. 국가

나. 「한국은행법」에 따른 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융회사

라.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」제 9 조제 15 항제 3 호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

10. "일반금융소비자"란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

② 제 1 항에도 불구하고 청약한 날부터 30 일이 지나면 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체 없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만. 계약자가 제1회 보험료 등을 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력이 발생하지 않습니다.

⑥ 제 1 항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제 18 조(약관교부 및 설명의무 등)

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

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

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[용어해설]

<통신판매계약>

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제 1 항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(도장을 찍는 날인과「전자서명법」제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함합니다.)

④ 제 3 항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 다음의 어느 하나에 해당할 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제 2 항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자 가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약의 경우

⑤ 제 3 항에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

⑥ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제 19 조(계약의 무효)

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

② 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 20 조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.

1. 보험종목 또는 보장종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 보험가입금액 등 그 밖의 계약내용

② 계약자가 제 1 회 보험료를 납입한 날부터 1 년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험종목을 변경하여 드립니다.

③ 계약자가 제 1 항 제 4 호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

[유의사항]

<계약자의 보험수익자 변경 통지>

계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 계약자가 제 4 항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 제 1 항에 따라 계약자가 변경된 경우 회사는 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[유의사항]

<보험가입금액 등의 감액시 환급금>

보험가입금액, 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제 21 조(보험나이 등)

① 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

② 제 1 항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6 개월 미만의 끝수는 버리고 6 개월 이상의 끝수는 1 년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

[예시안내]

<보험나이 계산 예시>

생년월일: 1988 년 10 월 2 일, 현재(계약일): 2014 년 4 월 13 일

⇒ 2014 년 4 월 13 일 - 1988 년 10 월 2 일 = 25 년 6 월 11 일 = 26 세

[유의사항]

1. 계약해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.
2. 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 따라 계약이 체결되었으나, 신분증에 기재된 사실내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정합니다.

제 22 조(계약의 소멸)

피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 7 관 보험료의 납입

제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 계약자로부터 제 1 회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 계약자가 제 1 회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제 1 회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[용어해설]

<보장개시일>

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제 1 회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제 2 항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제 12 조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

2. 제 14 조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 피보험자가 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생한는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 계약이 갱신되는 경우에는 제 1 항부터 제 3 항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제 24 조(제 2 회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제 2 회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 계약자가 보험료를 납입한 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사가 발행한 증명서류를 영수증으로 대신합니다.

[용어해설]

<납입기일>

계약자가 제 2 회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 25 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제 2 회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용

② 회사가 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.

③ 회사는 제 2 항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제 1 항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제 1 항에 따라 계약이 해지되고 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 26 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제 25 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율에 1%를 더한 이율의 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제 1 항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 12 조(계약 전 알릴 의무), 제 14 조(알릴 의무 위반의 효과), 제 15 조(사기에 의한 계약), 제 16 조(보험계약의 성립) 및 제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

③ 제 1 항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제 12 조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제 14 조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 27 조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 타인을 위한 계약의 경우 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제 20 조(계약내용의 변경 등) 제 1 항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 보험수익자가 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

③ 회사는 제 1 항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제 1 항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제 1 항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7 일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7 일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7 일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제 3 항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15 일 이내에 제 1 항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 28 조(보험료의 계산)

① 보험기간이 종료되어 갱신되는 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.

② 갱신계약의 보험료는 매년 최대 25% 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 회사가 금융위원회로부터 경영개선권고, 경영개선요구 또는 경영개선명령을 받은 경우는 예외로 합니다.

③ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령의 개정에 따라 변경될 수 있습니다.

갱신년도별 보험료 적용 예시

‣ 최초 보험료, XX 세 남자, 월 14,000 원, 매년 보험료 최대인상(25%) 가정시

* 기본형 실손의료보험과 실손의료보험 특별약관에 함께 가입하였을 경우를 가정하여 산출한 보험료입니다.

(단위 : 원)

구분	XX 세	XX+1 세	XX+2 세	XX+3 세	XX+4 세	XX+5 세
나이증가분(A)		560	728	946	1,230	1,599
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 보험료의 최대 25% 가정)		3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료 +A+B)	14,000	18,200	23,660	30,758	39,985	51,980

(상기 보험료계산 예시는 단순예시로, 실제로 납입해야하는 보험료와 상이할 수 있습니다.)

제 8 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제 29 조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제29조의2(위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 47 조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5 년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1 년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10 일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제 38 조제 4 항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제 1 항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제 1 항 및 제 3 항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제 32 조(보험료의 환급) 제 1 항 제 1 호에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제 1 항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 30 조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

[유의사항]

<이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급>

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우 회사는 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

다만, 이 경우에도 회사는 이미 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사는 제 1 항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 31 조(회사의 파산선고와 해지)

① 회사가 파산의 선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제 1 항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3 개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.

③ 제 1 항에 따라 계약이 해지되거나 제 2 항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 32 조(보험료의 환급)

① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다. 다만, 보험기간 중 보험사고가 발생하고 보험금이 지급되어 보험가입금액이 감액된 경우에는 어떠한 경우에도 당해 보험년도[초년도(첫째년도)는 보험기간의 초일(첫째일)부터 1 년간, 차년도 (둘째년도)이후는 각각 보험기간의 초일(첫째일) 해당일로부터 1 년간을 말합니다]의 보험료는 돌려드리지 아니합니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 아니한 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1 년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

② 보험기간이 1 년을 초과하는 계약이 무효 또는 효력상실인 경우에는 무효 또는 효력상실의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제 1 항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

③ 제1항 제2호에서 '계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유'라 함은 다음 각호를 말합니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 임의 해지하는 경우
2. 회사가 제15조(사기에 의한 계약), 제29조(계약자의 임의해지) 또는 제30조(중대사유로 인한 해지)에 따라 계약을 취소 또는 해지하는 경우
3. 보험료 미납으로 인한 계약의 효력 상실

④ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 9 관 다수보험의 처리 등

제 33 조(다수보험의 처리)

① 다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 제 2 항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 각 계약의 보장책임액 합계액이 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = (\text{계약의 보장대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \frac{\text{각 계약별 보장책임액}}{\text{각 계약별 보장책임액을 합한 금액}}$$

제 34 조(연대책임)

① 2009 년 10 월 1 일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도내에서 지급합니다.

② 제 1 항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제 10 관 분쟁의 조정 등

제 35 조(분쟁의 조정)

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

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 42 조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제 36 조(관할법원)

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

제 37 조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3 년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[유의사항]

<소멸시효의 완성>

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

보험금 지급사유가 2018 년 1 월 1 일에 발생하였음에도 2021 년 1 월 1 일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제 38 조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제 39 조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사 간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 40 조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제 2 항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

④ 회사가 제 18 조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제 7 항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.

⑤ 회사가 제 4 항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 계약(또는 특별약관)의 최초계약일부터 5 년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일부터 손해배상을

청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제 41 조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에서 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제 42 조(준거법)

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

제 43 조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

<붙임> 용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
보험연도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1 년 단위의 연도. 예를 들어 보험계약일이 2021 년 7 월 1 일인 경우 보험연도는 2021 년 7 월 1 일부터 2022 년 6 월 30 일까지 1 년이 됩니다.
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1 년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1 년의 원금으로 하는 이자 계산방법 **[예시안내]** <연단위 복리 계산법> 100 원(원금) + 100 원 × 10%(1 년차 이자) + [100 원 + 100 원 × 10%] × 10%(2 년차 이자) = 총 121 원

평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말함. 연도별 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제 2 조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 면허를 가진 사람
약사	「약사법」 제 2 조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 면허를 가진 사람
의료기관	아래 각호를 말한다. 1.「의료법」 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원(조산원 제외) 2. 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소 및 동법 제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소
약국	「약사법」 제 2 조 제 3 호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외하며「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국 희귀·필수의약품센터를 포함합니다.
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 계속하여 6 시간 이상 체류하면서 의사의 관찰 및 관리 하에 치료를 받는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 의료기관에 입원하지 않고 의료기관을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 3 호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함

처방조제비	의료기관 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제 41 조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰 · 검사 2. 약제 · 치료재료의 지급 3. 처치 · 수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방 · 재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제 7 조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병. 부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰 · 검사 2. 약제 · 치료재료의 지급 3. 처치 · 수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방 · 재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제 13 조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* * 제 3 관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액
보장책임액	(보장대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해 · 질병 · 간병보험 등 제 3 보험, 개인연금 · 퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험 · 공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2 개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보장책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함

비급여 실손의료비보장 특별약관

제 1 조(보장종목)

① 회사가 판매하는 비급여 실손의료비보장 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다)은 상해비급여형, 질병비급여형, 3 대비급여형의 3 개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
상해비급여	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여[주)] 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3 대 비급여 제외)

질병비급여	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3 대 비급여 제외)
3 대비급여	피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 3 대비급여 치료를 받은 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

※ 건강보험심사평가원에서는 국민 알권리 증진 및 의료기관 선택에 도움이 될 수 있도록 비급여 진료비용을 공개하고 있으며, 의료기관 등에서 진료를 받고 지불한 비급여(전액 본인부담금포함) 진료비용이 건강보험(의료급여)에 해당되는지 확인할 수 있도록 비급여 진료비 확인제도를 운영하고 있습니다.

② 회사는 이 특별약관의 명칭에 '비급여 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제 2 조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

3대 비급여 치료	용어	정의
「도수치료·체외충격파치료·증식치료」	도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
	체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
	증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위
주사료	주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
	항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제'* *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
	항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제', '화학요법제' 및 '기생동물에 대한 의약품 중 항원충제'* *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
	희귀의약품	식품의약품안전처장이「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* *「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.

자기공명영상진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」상의 MRI 범주에 따름)
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 비급여 병실료
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 비급여 병실료 중 회사가 보장하지 않는 금액
상급병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 보장종목별로 다음과 같습니다.

<table>
<tr><th>보장
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)
상해
비급여</td><td>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3 대비급여는 제외합니다)를 제 5 조(보험가입금액의 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원
(입원실료,
입원제비용,
입원수술비)</td><td>‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액</td></tr>
<tr><td>상급병실료
차액</td><td>비급여 병실료의 50%. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

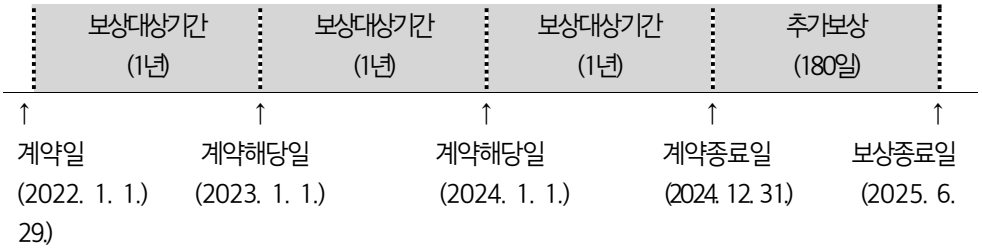
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1 회당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1 년간 통원 100 회를 한도로 합니다.) <표 1> 통원항목별 공제금액 항목: 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 1 호에 의한 의료기관, 동법 제 42 조제 1 항제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조 제 1 항 제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제) 공제금액: 3 만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액

② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다.

④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 회 한도 내에서 보상합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>



⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 3 항과 제 4 항을 적용하지 않습니다.

⑥ 하나의 상해(같은 상해로 2 회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 제 1 항, 제 4 항 및 제 5 항을 적용합니다.

⑦ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방·조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 제 1 항과, 제 4 항 및 제 5 항을 적용합니다.

⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로

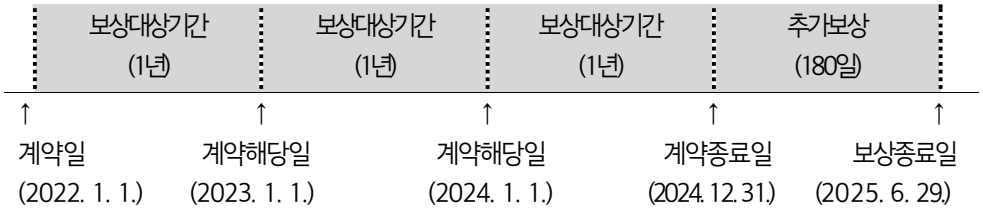
<table>
<tr><td></td><td>부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다.</td></tr>
<tr><td>(2)
질병
비급여</td><td>① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3 대비급여는 제외합니다)를 제 5 조(보험가입금액의 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원
(입원실료,
입원제비용,
입원수술비)</td><td>'비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액</td></tr>
<tr><td>상급병실료
차액</td><td>비급여 병실료의 50%. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>통원
(외래,
처방조제비)</td><td>통원 1 회당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1 년간 통원 100 회를 한도로 합니다.)
<표 1> 통원항목별 공제금액
<table><tr><th>항목</th><th>공제금액</th></tr><tr><td>「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 1 호에 의한 의료기관, 동법 제 42 조 제 1 항 제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제 42 조 제 1 항 제 5 호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조 제 1 항 제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)</td><td>3 만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td></tr></table></td></tr>
</table>

② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다.

③ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 회 한도 내에서 보상합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>



④ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 2 항과 제 3 항을 적용하지 않습니다.

⑤ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 제 1 항, 제 3 항 및 제 4 항을 적용합니다.

⑥ "하나의 질병"이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2 회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.

⑦ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 제 1 항, 제 3 항 및 제 4 항을 적용합니다.

⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를

납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다.

(3) 3 대 비급여

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 아래의 비급여 의료행위로 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대, 조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 아래의 보장한도 범위 내에서 각각 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.

구 분		공제금액	보상한도
도수치료·체외충격파치료·증식치료	"도수치료·체외충격파치료·증식치료"로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)	1 회당 3 만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350 만원 이내에서 50 회까지 보상[주)]
주사료	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비	1 회당 3 만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250 만원 이내에서 50 회까지 보상
자기공명영상진단	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)	1 회당 3 만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 300 만원 이내에서 보상

<표 1> 공제금액 및 보장한도

주) 도수치료·체외충격파치료·증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 최초 10 회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 확인된 경우에 한하여 10 회 단위로 연간 50 회까지 보상합니다.

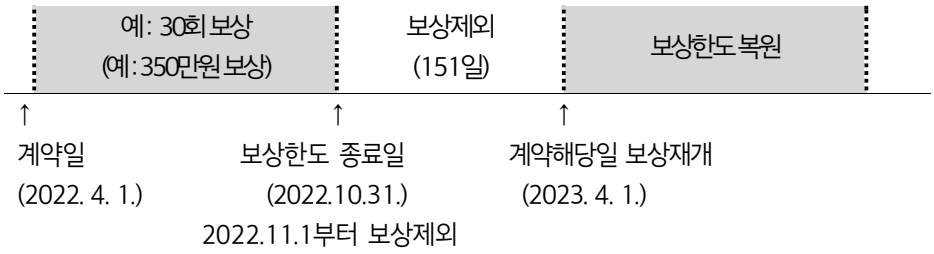
<증상의 개선, 병변호전 등은 어떻게 확인하나요?>

1. 증상의 개선, 병변호전 등과 관련하여 기능적 회복 및 호전여부는 관절가동(ROM), 통증평가척도, 자세평가 및 근력 검사(MMT)를 포함한 이학적 검사, 초음파 검사 등을 통해 해당 부위의 체절기능부전(Somatic dysfunction) 등을 평가한 결과로 판단합니다.
2. 보험수익자와 회사가 위 제 1 호의 판단결과를 합의하지 못한 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있으며 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)의 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액

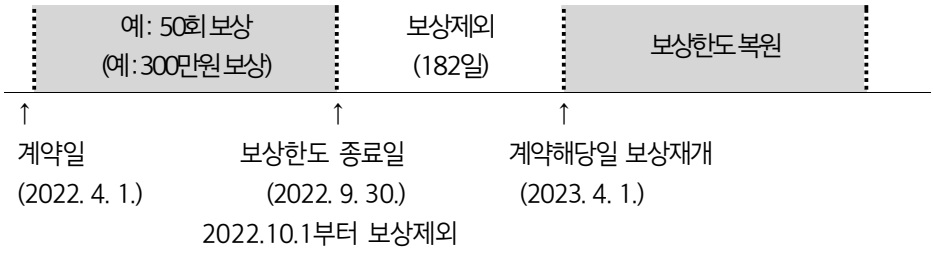
부담합니다.

<도수치료 보상기간 예시>

(i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1 년내 350 만원을 모두 보상한 경우



(ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1 년내 지급된 보험금이 350 만원 미만이나 50 회를 모두 보상한 경우



② 제 1 항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여에서 보상합니다.

③ 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

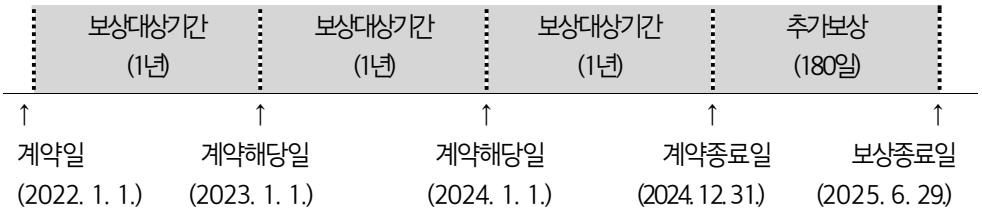
④ 의료기관을 1 회 통원(또는 1 회 입원)하여 2 종류(회) 이상 치료를 받거나 동일한 치료를 2 회 이상 받은 경우는 다음과 같이 1 회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.

1. 이 특별약관에서 정한 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료 중 2 종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2 회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1 회로 보고 각각 제 1 항에서 정한 1 회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
2. 의료기관을 1 회 통원(또는 1 회 입원)하여 치료목적으로 2 회 이상 주사치료를 받더라도 1 회로 보고 제 1 항에서 정한 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
3. 의료기관을 1 회 통원(또는 1 회 입원)하여 2 개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2 회 이상 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1 회로 보아 각각 1 회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.

⑤ 제 4 항에서 1 회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1 회 입원으로 봅니다.

⑥ 제 1 항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제 1 항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.

⑦ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에

	대하여는 보험계약 종료일부터 180 일까지(보험계약 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험계약 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 1 항을 적용합니다. <보상기간 예시>  ⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다.

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다.

	5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(다만 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다) · 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해를 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 제 1 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다. 7. 「국민건강보험법」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 8. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
(2) 질병 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부

	보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원또는 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64) ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 제 1 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 8.「국민건강보험법」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
(3) 3 대 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에

	따라 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64) ④ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08 과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) · 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용

	4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (3)3 대비급여 제 1 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 8. 「국민건강보험법」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
(4) 공통[주)]	회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 9 조 제 1 항([별표 2]비급여대상)에 따른 아래 각호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence) · 불감증, 라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 바. 검열반 등 안과질환, 사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 치과교정 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(안면)교정술 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료 아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

	3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다) 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외) 다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 4. 다음 각 목의 진료로서 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 아니하는 경우 발생한 비급여 의료비 가. 친자확인을 위한 진단 나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술 다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다) 라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외) 마. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

주) (4)공통은 (1)상해비급여, (2)질병비급여, (3)3대 비급여에 대하여 공통적으로 적용됩니다.

제5조 (보험가입금액 한도 등)

① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서, (2)질병비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 비급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다. 다만, (3)3대비급여의 보험가입금액은 제3조 (3)3대비급여 제1항에서 정한 연간 보상한도로 합니다.

② 이 계약에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.

③ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액으로 하며, (3)3대 비급여의 경우 각 비급여의료비별 보상한도로 합니다.

④ 제3조 (1)상해비급여 제3항 또는 제4항, (2)질병비급여 제2항 또는 제3항 및 (3)3대비급여 제7항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보상한도(보험가입금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다.

제6조(보험료의 계산)

① 보험기간이 종료되어 갱신되는 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동, 요율상대도(할인·할증요율) 적용 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.

② 갱신계약의 「요율 상대도(할인,할증요율) 적용 전 보험료」는 매년 최대 25% 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 회사가 금융위원회로부터 경영개선권고, 경영개선요구 또는 경영개선명령을 받은 경우는 예외로 합니다.

③ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령 개정에 따라 변경될 수 있습니다.

갱신년도별 보험료 적용 예시

‣ 최초 보험료, XX 세 남자, 월 14,000 원, 매년 보험료 최대인상(25%) 가정시

(단위 : 원)

구분	XX 세	XX+1 세	XX+2 세	XX+3 세	XX+4 세	XX+5 세
나이증가분(A)		560	728	946	1,230	1,599
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 보험료의 최대 25% 가정)		3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료 +A+B)	14,000	18,200	23,660	30,758	39,985	51,980

(상기 보험료계산 예시는 단순예시로, 실제로 납입해야하는 보험료와 상이할 수 있습니다.)

제 7 조(비급여 진료비용 공개제도 등의 안내)

회사는 계약자가 특별약관을 청약하였을 때 계약자의 알권리를 증진하고 합리적인 의료이용 선택에 도움이 될 수 있도록 「의료법」등 관계 법령에 따른 '비급여 진료비용 공개제도'와 '비급여 진료 전 사전설명제도'에 대해 설명하고 안내합니다.

[용어해설]

<비급여 진료비용 공개제도>

국민이 쉽게 이해하고 의료기관을 선택할 때 참고할 수 있도록 건강보험심사평가원이 매년 비급여 진료비용을 조사하여 최저. 최고금액 등 비급여 진료비용에 대한 정보를 비교. 공개하는 제도

<비급여 진료 전 사전설명제도>

진료에 필요한 비급여 항목 및 가격을 환자가 사전에 인지하고 선택할 수 있도록 의료기관이 비급여 진료 전에 비급여 제공항목과 가격을 미리 설명하도록 의무화하는 제도

제 8 조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 9 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

상해급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관(이하"특별약관"이라 합니다) 제 3 조(보장종목별 보상내용) 및 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에 정한 규정에도 불구하고 상해급여 통원의료비를 이 추가특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

질병급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관(이하"특별약관"이라 합니다) 제 3 조(보장종목별 보상내용) 및 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에 정한 규정에도 불구하고 질병급여 통원의료비를 이 추가특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)
이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

상해비급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관(이하"특별약관"이라 합니다) 제 3 조(보장종목별 보상내용) 및 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에 정한 규정에도 불구하고 상해비급여 통원의료비를 이 추가특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)
이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

질병비급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관(이하"특별약관"이라 합니다) 제 3 조(보장종목별 보상내용) 및 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에 정한 규정에도 불구하고 질병비급여 통원의료비를 이 추가특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)
이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

질병 급여실손의료비 출산확장보장 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

① 회사는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (2)질병급여 제 2 항 제 3 호에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 급여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

② 제 1 항의 임신, 출산, 산후기로 급여 치료를 받은 경우란 제 8 차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99 에 해당하는 질병으로 급여 치료를 받은 경우를 말합니다.

제 2 조(보상하지 않는 사항)

회사는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (2)질병급여에서 정한 사항(제 2 항 제 3 호는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 실손의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 불임에 따른 검사 및 시술
2. 출산이전의 양수검사, 기형아검사

3. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제 3 조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 질병 급여실손의료비의 보상한도는 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병급여 실손의료비 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

질병 비급여실손의료비 출산확장보장 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

① 회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (2)질병비급여 제 2 항 제 3 호에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제 8 차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99)로 비급여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

② 제 1 항의 임신, 출산, 산후기로 급여 치료를 받은 경우란 제 8 차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99 에 해당하는 질병으로 급여 치료를 받은 경우를 말합니다.

제 2 조(보상하지 않는 사항)

회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (2)질병비급여에서 정한 사항(제 2 항 제 3 호는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 실손의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 불임에 따른 검사 및 시술
2. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
3. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제 3 조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 질병 비급여실손의료비의 보상한도는 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병비급여 실손의료비 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

질병급여 입원의료비 출산확장보장 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

① 회사는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의(2)질병급여 제 2 항 제 3 호에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원하여 급여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병급여에서 정한 바에 따라 입원의료비를 보상하여 드립니다.

② 제 1 항의 임신, 출산, 산후기로 입원하여 급여 치료를 받은 경우란 제 8 차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99 에 해당하는 질병으로 입원하여 급여 치료를 받은 경우를 말합니다.

제 2 조(보상하지 않는 사항)
회사는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (2)질병급여에서 정한 사항(제 2 항 제 3 호는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 실손의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 불임에 따른 검사 및 시술
2. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
3. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제 3 조(보상한도)
이 추가특별약관의 보상을 포함한 질병 급여실손의료비의 보상한도는 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병급여 입원실손의료비 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 4 조(준용규정)
이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

질병비급여 입원의료비 출산확장보장 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

① 회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의(2)질병급여 제 2 항 제 3 호에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원하여 비급여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병비급여에서 정한 바에 따라 입원의료비를 보상하여 드립니다.
② 제 1 항의 임신, 출산, 산후기로 입원하여 비급여 치료를 받은 경우란 제 8 차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99 에 해당하는 질병으로 입원하여 비급여 치료를 받은 경우를 말합니다.

제 2 조(보상하지 않는 사항)

회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (2)질병비급여에서 정한 사항(제 2 항 제 3 호는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 실손의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 불임에 따른 검사 및 시술
2. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
3. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제 3 조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 질병 비급여실손의료비의 보상한도는 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병비급여 입원실손의료비 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

입원의료실비치과(비급여)보장 추가특별약관

가. 입원의료실비치과(비급여)보장 추가특별약관(상해·질병비급여형)

제 1 조(보장내용)

회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해비급여 제 3 항 제 1 호 또는 (2)질병비급여 제 3 항 제 1 호에도 불구하고 피보험자가 치과병원 또는 치과의원에 입원하여 치과치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 실손의료비를 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(보상하지 않는 사항)

회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여에서 정한 사항(제 3 항 제 1 호의 치과치료는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 실손의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 실손의료비

제 3 조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 상해 비급여실손의료비 또는 질병 비급여실손의료비의 보상한도는 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

나. 입원의료실비치과(비급여)보장 추가특별약관(3 대비급여형)

제 1 조(보장내용)

회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관 4 조(보상하지 않는 사항)의 (3)3 대비급여 제 4 항 제 1 호에도 불구하고 피보험자가 치과병원 또는 치과의원에 입원하여 치과치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 실손의료비를 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (3)3 대비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(보상하지 않는 사항)

회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (3)3 대비급여(제 4 항 제 1 호의 치과치료는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 실손의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 실손의료비
2. 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원 또는 의원에 통원하여 발생한 실손의료비

제 3 조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 3 대비급여 실손의료비의 보상한도는 동 특별약관 제 3 조(보장항목별 보상내용)의 (3)3 대비급여 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

입원실손의료비한방(비급여)보장 추가특별약관

가. 입원의료실비한방(비급여)보장 추가특별약관(상해·질병비급여형)

제 1 조(보장내용)

회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해비급여 제 3 항 제 1 호 또는 (2)질병비급여 제 3 항 제 1 호에도 불구하고 피보험자가 한방병원 또는 한방의원에 입원하여 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 실손의료비를 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(보상하지 않는 사항)

회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여에서 정한 사항(제 3 항 제 1 호의 한방 치료는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 실손의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법 등) 및 차멀미, 비만, 금연 등 질병치료 이외의 목적으로 시술한 침술
2. 치료 목적이 아닌 단순한 건강증진을 위한 투약 및 첩약

제 3 조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 상해 비급여실손의료비 또는 질병 비급여실손의료비의 보상한도는 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

나. 입원의료실비한방(비급여)보장 추가특별약관(3 대비급여형)

제 1 조(보장내용)

회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관 4 조(보상하지 않는 사항)의 (3)3 대비급여 제 4 항 제 1 호에도 불구하고 피보험자가 한방병원 또는 한방의원에 입원하여 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 실손의료비를 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (3)3 대비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(보상하지 않는 사항)

회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (3)3 대비급여(제 4 항 제 1 호의 한방치료는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 실손의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법 등) 및 차멀미, 비만, 금연 등 질병치료 이외의 목적으로 시술한 침술
2. 치료 목적이 아닌 단순한 건강증진을 위한 투약 및 첩약
3. 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원 또는 의원에 통원하여 발생한 실손의료비

제 3 조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 3 대비급여 실손의료비의 보상한도는 동 특별약관 제 3 조(보장항목별 보상내용)의 (3)3 대비급여 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

국민건강보험비가입자 추가특별약관

제1조(적용대상)

이 추가특별약관의 피보험자는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관에 가입한 피보험자 중 국민건강보험법의 적용을 받지 않는 자로 합니다.

제2조(계약후 알릴의무)

① 보험기간중에 피보험자가 국민건강보험법에 정한 자격을 취득하였을 때 계약자는 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
② 피보험자가 국민건강보험법에 정한 자격을 취득한 경우 그 사실이 발생된 날로부터 이 추가특별약관은 해지되며 회사는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 정해진 보험료를 환급하여 드립니다.

제3조(보장내용)

기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관의 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 이 추가특별약관의 피보험자에 대해서는 국민건강보험 가입자와 동일하게 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 적용합니다. 다만, 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받지 못한 피보험자의 본인부담의료비는 이 추가특별약관에도 불구하고 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관의 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

실손의료비 상해확장보장 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

① 회사는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관에서 정한 상해(보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고)에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라고 합니다)로 인하여 보험기간 중 병원에 입원을 개시하여 치료를 받은 경우 또는 보험기간 중 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에도 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해급여 또는 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

② 제 1 항에도 불구하고 상해급여 또는 상해비급여 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고는 보상하지 않습니다.

③ 제 1 항에서 갱신된 계약이라 함은 기본형 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 익일이내에 이 계약의 기본형 실손의료비보장 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

실손의료비 질병확장보장 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

회사는 피보험자가 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 질병의 경우에도 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병급여 또는 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

3 대비급여 실손의료비확장보장 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

① 회사는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관에서 정한 상해(보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고)에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라고 합니다)로 인하여 보험기간 중 병원에 입원을 개시하여 치료를 받은 경우 또는 보험기간 중 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에도 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (3)3 대비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

② 제 1 항에도 불구하고 3 대비급여 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고는 보상하지 않습니다.

③ 제 1 항에서 갱신된 계약이라 함은 3 대비급여 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 익일이내에 이 계약의 비급여 실손의료비보장 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다.

④ 회사는 피보험자가 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 질병의 경우에도 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 3 조(보장항목별 보상내용)의 (3)3 대비급여에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

해외치료입원의료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 국내에서 입은 상해 또는 국내에서 발생한 질병으로 인하여 해외의료기관에 입원하여 의사(치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 면허를 가진 자에 한함)의 치료를 받은 경우에는 하나의 상해 또는 하나의 질병당 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 ( )% 해당액을 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

② 제 1 항에도 불구하고 척추지압술(Chiroparactic, 추나요법 등)이나 침술(부황, 뜸 포함) 치료로 인한 의료비는 치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 면허를 가진 자에 의하여 치료를 받은 경우에 한하며, 하나의 상해 또는 하나의 질병에 대하여 본인이 실제로 부담한 금액의 ( )% 해당액을 US $1000.00 한도로 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항의 상해란 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로서 이를 증명하는 공적문서(경찰기록 등) 및 본 특별약관의 보험금 청구 대상 입원치료일 이전에 국내에서 동일한 상해의 치료를 목적으로 최초 내원한 의료기록이 있는 경우에 한하여 보상하여 드립니다.

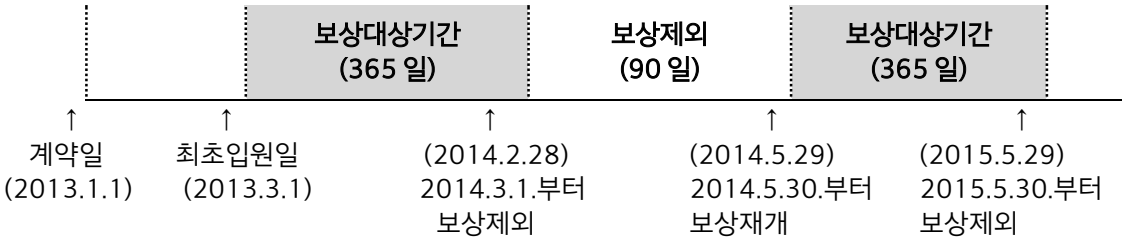
④ 제 1 항의 질병이란 보험기간 중 본 특별약관의 보험금 청구 대상 입원치료일 이전에 국내에서 동일한 질병(해외입의료기관에서 확정 진단되기전 동일 증세로 치료한 경우를 포함합니다.)으로 최초 내원한 의료기록이 있는 경우에 한하여 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

② 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2 회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다), 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2 회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비를 최초 입원일부터 365 일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 최초 입원일부터 365 일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90 일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해 또는 질병으로 보아 다시 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일부터 180 일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제 2 항은 적용하지 않습니다.

④ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

⑤ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

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

③ 회사는 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 정신건강의학과질환 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 비뇨기계 장애(N39, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62)

④ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 질병의 경우 치과치료, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비
2. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
3. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비

   가. 단순한 피로 또는 권태

   나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

   다. 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제 9 조 제 1 항(【별표 2】 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용. 다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다.
6. 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. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
7. 진료와 무관한 제비용(TV 시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
8. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비. 다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특수운동중 상해실손의료비보장 추가특별약관

제 1 조(적용특칙 및 적용범위)

① 동 추가특별약관은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제1조(보장종목)의 상해급여와 비급여 실손의료비보장 특별약관 제1조(보장종목)의 상해비급여를 모두 가입한 계약에 한하여 적용합니다.

② 이 추가특별약관은 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 특수운동을 하는 피보험자에 대하여 적용합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항) 및 비급여 실손의료비보장 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 직업, 직무 또는 동호회 활동을 목적으로 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다.), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 활동으로 인하여 상해를 입은 경우에는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해급여 및 비급여 실손의료비보장 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여에서 정한 바에 따라 보상합니다.

제 3 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

특수운동중 상해실손의료비(3 대비급여)보장 추가특별약관

제 1 조(적용범위)

이 특별약관은 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 특수운동을 하는 피보험자에 대하여 적용합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관의 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 직업, 직무 또는 동호회 활동을 목적으로 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다.), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 활동으로 인하여 상해를 입은 경우에는 피보험자가 가입한 비급여 실손의료비보장 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 보상합니다.

제 3 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

특수운전중 상해실손의료비보장 추가특별약관

제 1 조(적용특칙 및 적용범위)

① 동 추가특별약관은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제1조(보장종목)의 상해급여와 비급여 실손의료비보장 특별약관 제1조(보장종목)의 상해비급여를 모두 가입한 계약에 한하여 적용합니다.

② 이 추가특별약관은 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 특수운전을 하는 피보험자에 대하여 적용합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항) 및 비급여 실손의료비보장 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 직업, 직무 또는 동호회 활동을 목적으로 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다.) 또는 시운전 행위로 인하여 상해를 입은 경우에는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해급여 및 비급여 실손의료비보장 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여에서 정한 바에 따라 보상합니다.

제 3 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

특수운전중 상해실손의료비(3 대비급여)보장 추가특별약관

제 1 조(적용범위)

이 특별약관은 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 특수운전을 하는 피보험자에 대하여 적용합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관의 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 직업, 직무 또는 동호회 활동을 목적으로 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다.) 또는 시운전 행위로 인하여 상해를 입은 경우에는 피보험자가 가입한 비급여 실손의료비보장 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 보상합니다.

제 3 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

직무상 선박탑승중 상해실손의료비보장 추가특별약관

제 1 조(적용특칙)

동 추가특별약관은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제 1 조(보장종목)의 상해급여와 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 1 조(보장종목)의 상해비급여를 모두 가입한 계약에 한하여 적용합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항) 및 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 보험기간 중에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람(선원법상 선원 제외)이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 상해를 입은 경우에는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해급여 및 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여에서 정한 바에 따라 보상합니다.

제 3 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

직무상 선박탑승중 상해실손의료비(3 대비급여)보장 추가특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관의 제 4 조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 보험기간 중에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람(선

원법상 선원 제외)이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 상해를 입은 경우에는 피보험자가 가입한 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 3 조(보상내용)의 (3)3 대비급여에서 정한 바에 따라 보상합니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

별 표

【별표 1】 장해분류표

☒ 총칙

1. 장해의 정의

1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 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 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

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

☒ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률

1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) '한눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.
4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1)], 안전수지(Finger Counting)[주2)] 상태를 포함한다.

※주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
※주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

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

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률

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

나. 장해판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장해

1) '평형기능에 장해를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

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

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
   가) 뇌영상검사(CT, MRI)
   나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
   나)위·아래턱(상. 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
   다)위·아래턱(상. 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
   라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마)연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우

나) 위·아래턱(상. 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
다) 위·아래턱(상. 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상. 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

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

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

마. 손바닥 크기
'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준
1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
가)척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상. 하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
나)척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상. 하부[인접 상. 하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상. 하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.

다)척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.

5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가)척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나)머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가)척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나)머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

다)머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

라)상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가)척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나)척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가)척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나)척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

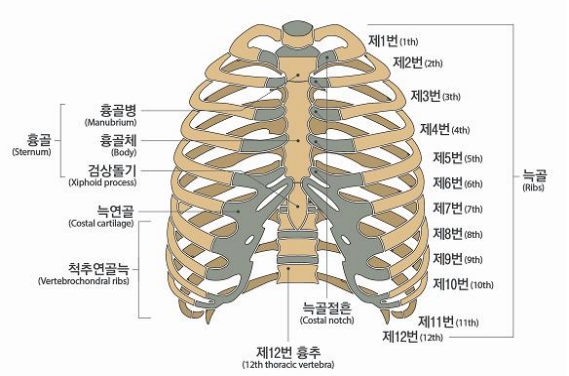
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률

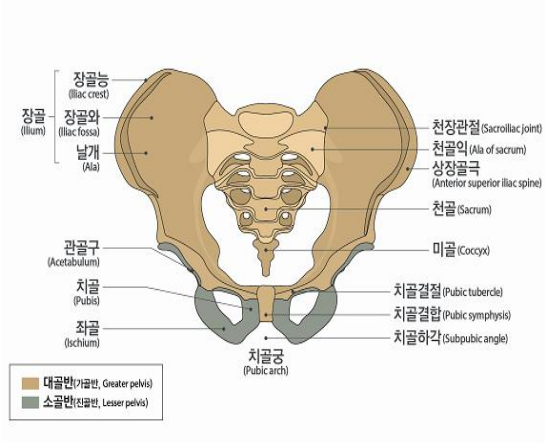
1)어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2)빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

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



< 가슴뼈 >



< 골반뼈 >

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률

1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가)각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나)관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

[관련법규]
<산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장해의 측정)>
① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표4와 같다.
② 운동기능장해의 정도는 에이엠에이[AMA(American Medical Association)]식 측정방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.
③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각호의 구분에 따른 방법으로 한다.
1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우 : 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우 : 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나)근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가)해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나)인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다)근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가)해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나)근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가)해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나)근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) '가관절[주]'이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

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

12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
   가)각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나)관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가)완전 강직(관절굳음)
   나)근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가)해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나)인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다)객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
라)근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가)해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
나)객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
다)근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가)해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
나)객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

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

13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

1)골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2)관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3)손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

4)다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.

5)'손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.





< 손가락 >

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1)골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2)관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3)'발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는

제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.

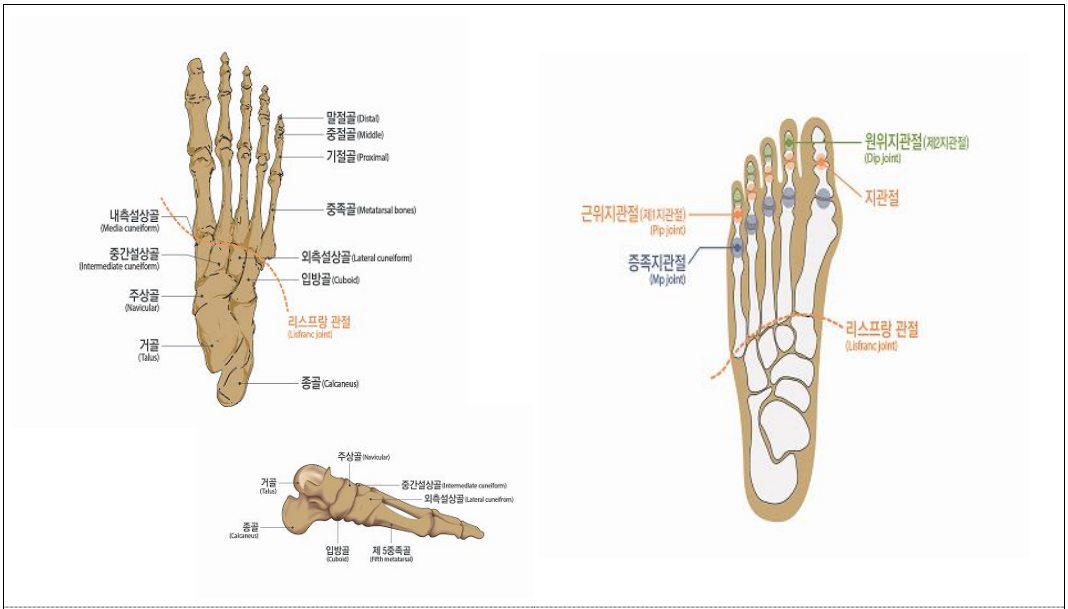
4)리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.

5)'발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

6)'발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.

7)한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

8)발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 발가락 >

12. 흉. 복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1)'심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.

2)'흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

나)장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3)'흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때

다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

4)'흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때

나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태

다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때

라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우

바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5)'흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때

나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때

다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

6)흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.

7)상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.

8)상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계. 정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1)신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2)정신행동에 극심한 장해를 남긴때	100
3)정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4)정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5)정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6)정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR척도 5점	100
8) 심한치매 : CDR척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1)신경계

가)"신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나)위 가)의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표" 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다)신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라)뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마)장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2)정신행동

가)정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나)정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다)'정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라)'정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마)'정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 '능력장해측정기준'주) 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※주) 능력장해측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바)'정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 '능력장해측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사)'정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 '능력장해측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아)지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자)심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차)정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카)정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타)각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파)외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3)치매

가)"치매"라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나)치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다)치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4)뇌전증(간질)

가)"뇌전증(간질)"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나)간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다)"심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라)"뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마)"약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바)“중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사)“경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙 임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 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%)
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

【별표 2】과로사관련 특정질병 분류표

약관에 규정하는 과로사관련 특정질병으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 과로사과련 특정질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류코드
바이러스 간염	B15~B19
고혈압성 심장병	I11
고혈압성 심장 및 신장병	I13
급성 심근경색증	I21
협심증	I20
거미막하 출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62
뇌경색증	I63
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
고혈압성 뇌병증	I67.4
간의 질환	K70~K77

- 제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

- 분류번호 K70~K77 에 해당하는 간질환중 간암에 대해서는 보장하지 않습니다.

[유의사항]

한국표준질병사인분류 기준에 의거하여 상기 '간질환' 중 일부는 아래와 같이 동시 진단될 수 있으며, 동시 진단 가능 코드가 기재된 진단서를 제출한 경우에도 보험금을 지급합니다.

간질환 대상코드		발현(또는 원인)코드	
대상이 되는 질병	분류번호	대상이 되는 질병	분류번호
달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 간장애	K77.0*	거대세포바이러스간염	B25.1+
		톡소포자충간염	B58.1+

상기외에도 대상 질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

【별표 3】 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00~C14
소화기관의 악성신생물(암)	C15~C26
호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30~C39
골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43~C44
중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45~C49
유방의 악성신생물(암)	C50
여성생식기관의 악성신생물(암)	C51~C58
남성생식기관의 악성신생물(암)	C60~C63
요로의 악성신생물(암)	C64~C68
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)	C69~C72
갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생뮬	C73~C75
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76~C80
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
진성 적혈구 증가증	D45
골수 형성이상 증후군	D46
만성 골수증식 질환	D47.1
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
골수섬유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병	D47.5

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 4】 제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리암(상피내암)으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 제자리신생물 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리의 흑색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 6】 임신, 출산 및 산후기 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 임신, 출산 및 산후기로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 임신, 출산 및 산후기 질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 유산된 임신	O00 ~ O08
2. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	O10 ~ O16
3. 주로 임신과 관련된 기타 산모 장애	O20 ~ O29
4. 태아와 양막강 및 가능한 분만문제에 관련된 산모 관리	O30 ~ O48
5. 진통 및 분만의 합병증	O60 ~ O75
6. 분만	O80 ~ O84
7. 주로 산후기에 관련된 합병증	O85 ~ O92
8. 달리 분류되지 않은 기타 산과학적 병태	O94 ~ O99

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 7】 특정암(남자 3 대암/여자특정암) 분류표

약관에 규정하는 특정암으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 특정암 해당여부를 판단합니다.

구 분	대 상 악 성 신 생 물	분류번호
남 자 (3 대암)	위의 악성 신생물	C16
	간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	담낭의 악성 신생물	C23
	담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	기관의 악성 신생물	C33
	기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
여 자 (여성특정암)	유방의 악성 신생물	C50
	외음의 악성 신생물	C51
	질의 악성 신생물	C52
	자궁경부의 악성 신생물	C53
	자궁체부의 악성 신생물	C54
	자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
	난소의 악성 신생물	C56
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
	태반의 악성 신생물	C58

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 7-1】 여성 3 대암 분류표

약관에 규정하는 여성 3 대암으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 여성 3 대암 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
위의 악성신생물	C16
유방의 악성신생물	C50
자궁경부의 악성신생물	C53
자궁체부의 악성신생물	C54
자궁의 상세불명 부분의 악성신생물	C55
난소의 악성신생물	C56
태반의 악성신생물	C58

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 8】 수술분류표

수 술 종 류		등급
피부·유방의 수술 (皮膚,乳房의 手術)	1. 피부이식수술(植皮術) (25cm^2 미만은 제외함)	2
	2. 유방절단술(乳房切斷術)	2
근골의 수술 (筋骨의手術) 〔발정술(拔釘術)은 제외함〕	3. 골이식술(骨移植術)	2
	4. 골수염 골결핵(뼈결핵) 수술(骨髓炎骨結核手術) 〔농양(膿瘍)의 단순한 절개는 제외함〕	2
	5. 두개골 관혈수술(頭蓋骨 觀血手術) 〔비골(鼻骨, 코뼈) 비중격(코중격)(鼻骨 鼻中隔)은 제외함〕	2
	6. 비골(鼻骨, 코뼈) 관혈수술(鼻骨 觀血手術【비중격(코중격)만곡증수술(鼻中隔灣曲症手術)은 제외함】	1
	7. 상악골(위턱뼈) 하악골(아래턱뼈) 악관절 관혈수술(위턱뼈, 아래턱뼈, 顎關節觀血手術)〔치·치육(齒·齒肉)의 처치에 수반하는 것은 제외함〕	2
	8. 척추 골반 관혈수술(脊椎 骨盤 觀血手術)	2
	9. 쇄골(빗장뼈) 견갑골(어깨뼈) 늑골(갈비뼈) 흉골(복장뼈) 관혈수술 (鎖骨 肩胛骨 肋骨胸骨觀血手術)	1
	10. 사지절단술(팔·다리切斷術) 〔손가락·발가락은 제외함〕	2
	11. 절단사지재접합술(切斷팔·다리再接合術) 〔골·관절(骨·關節)의 이단(離斷)에 수반하는 것〕	2
	12. 사지골(팔다리뼈) 사지관절 관혈수술(팔·다리骨 팔·다리關節 觀血手術) 〔손가락·발가락은 제외함〕	1
	13. 근·건(힘줄)·인대·관혈수술(筋建 靭帶 觀血手術) 〔손가락·발가락은 제외함. 근염 결절종 점액종수술(筋炎 結切腫 粘液腫手術)은 제외함〕	1
호흡기·흉부의 수술 (呼吸器·가슴의手術)	14. 만성부비강염근본수술(慢性副鼻腔炎根本手術)	1
	15. 후두전부절제술(喉頭全摘除術)	2
	16. 기관 기관지 폐 흉막수술(氣管 氣管支 肺 胸膜手術) 【개흉술(開胸術)을 수반하는 것】	2
	17. 흉곽형성술(胸廓形成術)	2
	18. 종격동(세로칸)종양수술	3
순환기·비의수술 (循環器·脾의 手術)	19. 관혈적혈관 형성술(觀血的血管 形成術) 【혈액투석용(血液透析用)외 SHUNT 형성술(形成術)을 제외함】	2
	20. 정맥류근본수술(精脈瘤根本手術)	1
	21. 대동맥 대정맥 폐동맥 관동맥수술(大動脈 大精脈 肺動脈 冠動脈手術) 【개흉 개복술(開胸 開腹術)을 수반하는 것】	3
	22. 심막절개 봉합술(心膜切開 縫合術)	2
	23. 직시하심장내수술(直視下心藏內手術)	3
	24. 체내용(體內用) Pace Maker 매입술(埋入術)	2
	25. 비장절제(특정부위를 잘라 없애는 것)술(脾摘除術)	2

수 술 종 류		등급
소화기의 수술 (消化器의 手術)	26. 이하선(귀밑샘)종양적출술(耳下腺腫瘍 摘出術)	2
	27. 악하선(턱밑샘)종양적출술(顎下腺腫瘍 摘出術)	1
	28. 식도절단술(食道離斷術)	3
	29. 위절제술(胃切除術)	3
	30. 기타의 위 식도수술(胃 食道手術) 【개흉 개복술(開胸 開腹術)을 수반하는 것】	2
	31. 복막염수술(腹膜炎手術)	2
	32. 간장 담낭 담도 췌장 관혈수술(肝腸 膽囊 膽道 膵臟 觀血手術)	2
	33. 탈장 근본수술(脫腸 根本手術)	1
	34. 충수절제술 맹장봉축술(蟲垂切除術 盲腸縫縮術)	1
	35. 직장탈근본수술(直腸脫根本手術)	2
	36. 기타의 장 장간막수술(腸 腸間膜手術) 【개복술(開腹術)을 수반하는 것】	2
	37. 치루 탈항(항문탈출증) 치핵근본수술(痔屢 脫肛 痔核根本手術) 【근치(根治)를 목적으로 한 것으로 처치 단순한 치핵(痔核)만의 수술은 제외함】	1
뇨·성기의 수술 (尿·性器의 수술)	38. 콩팥(신장)이식수술(腎移植手術)【수용자(受容者)에 한함】	3
	39. 신장 신우 뇨관 방광 관혈수술(콩팥 腎盂 尿管 肪胱 觀血手術) 【경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함】	2
	40. 뇨도협착 관혈수술(尿道狹窄 觀血手術) 【경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함】	2
	41. 뇨루폐쇄 관혈수술(尿屢閉鎖觀血手術) 【경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함】	2
	42. 음경절단술(陰莖切斷術)	3
	43. 고환 부고환 정관 정색 정낭 전립선수술 (睾丸 副睾丸 精管 精索 精囊 前立腺手術)	2
	44. 음낭수종근본수술(陰囊手腫根本手術)	1
	45. 자궁광범전절제(특정부위를 잘라 없애는 것)술(子宮廣汎全摘除術) 【 단순 자궁 전 절제술(單純子宮 全切除術)등의 자궁전절제(특정부위를 잘라 없애는 것)술(子宮全摘除術)은 제외함】	3
	46. 자궁경관형성술 자궁경관봉축술(子宮經管形成術 子宮經管縫縮術)	1
	47. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	48. 자궁외 임신수술(子宮外 妊娠手術)	2
	49. 자궁탈 질탈수술(子宮脫 膣脫手術)	2
	50. 기타의 자궁수술(子宮手術) 【자궁경관 Polyp 절제술 인공임신 중절술 (子宮經管 Polyp 切除術 人工妊娠中絶術)은 제외함】	2
	51. 난관 난소 관혈수술(卵管 卵巢 觀血手術) 【경질적조작(經膣的操作)은 제외함】	2
	52. 기타의 난관 난소수술(卵管卵巢手術)	1
내분비기의 수술	53. 하수체종양절제(특정부위를 잘라 없애는 것)술(下垂體腫瘍摘除術)	3

수 술 종 류		등급
(內分泌器의 手術)	54. 갑상선수술(甲狀腺手術)	2
	55. 부신전절제(특정부위를 잘라 없애는 것)술(副腎全摘除術)	2
신경의 수술 (神經의手術)	56. 두개내 관혈수술(頭蓋內 觀血手術)	3
	57. 신경 관혈수술(神經 觀血手術) 【형성술 이식술 절제술 감압술 개방술 염제술(形成術 移植術 切除術 減壓術 開放術 捻除術)】	2
	58. 관혈적척수종양적출수술(觀血的脊髓腫瘍摘出手術)	3
	59. 척수경막내외 관혈수술(脊髓硬膜內外 觀血手術)	2
감각기·시기의 수술 (感覺器·視器의 手術)	60. 안검하수증수술(눈꺼풀이 느러짐症手術)	1
	61. 눈물소관(눈물길)성형술(淚小管形成術)	1
	62. 누낭비강문합술(淚囊鼻腔吻合術)	1
	63. 결막낭형성술(結膜囊形成術)	1
	64. 각막이식술(角膜移植術)	1
	65. 관혈적전방 홍채 초자체 안와내이(속귀)물제거술(觀血的前房 紅彩 硝子體 眼窩內異物除去術)	1
	66. 홍채전후유착박리술(紅彩前後癒着剝離術)	1
	67. 녹내장 관혈수술(綠內障 觀血手術)	2
	68. 백내장 수정체 관혈수술(白內障 水晶體觀血手術)	2
	69. 초자체 관혈수술(硝子體 觀血手術)	1
	70. 망막박리증수술(網膜剝離症手術)	1
	71. Laser 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구수술(眼球手術) 【수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.】	1
	72. 안구절제(특정부위를 잘라 없애는 것)술 조직충전술(眼球摘除術,組織充塡術)	2
	73. 안와종양적출술(眼窩腫瘍摘出術)	2
	74. 안근이식술(眼筋移植術)	1
감각기·청기의 수술 (感覺器·聽器의 手術)	75. 관혈적고막 고실형성술(觀血的鼓膜 鼓室型成術)	2
	76. 유양동삭개술(乳樣洞削開術)	1
	77. 중이(가운데귀)근본수술(中耳根本手術)	2
	78. 내이(속귀) 관혈수술(內耳 觀血手術)	2
	79. 청신경종양적출술(聽神經腫瘍 摘出術)	3
악성신생물(암)의 수술 (惡性新生物의 手術)	80. 악성신생물(암)근치수술(惡性新生物根治手術)	3
	81. 악성신생물(암)온열요법(惡性新生物溫熱療法) 【수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.】	1
	82. 기타의 악성신생물(암)수술(惡性新生物手術)	2

수 술 종 류		등급
상기이외의 수술 (上記 以外의 手術)	83. 상기이외의 개두술(開頭術)	2
	84. 상기이외의 개흉술(開胸術)	2
	85. 상기이후의 개복술(開腹術)	1
	86. 충격파(衝擊波)에 의한 체내결석파쇄술(體內結石破碎術) 【수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.】	2
상기이외의 수술 (上記 以外의 手術)	87. Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter 에 의한 뇌후 두 흉부 복부 장기수술(腦喉頭 가슴 배藏器手術) 【검사 처치는 포함하지 않음. 수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.】	1
신생물근치 방사선조사 (新生物根治 放射線照射)	88. 신생물근치 방사선조사(新生物根治 放射線照射) 【5,000Rad 이상의 조사(照射)로 수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.	1

【 비 고 】

- 치료를 직접목적으로 한 수술

- 미용정형상의 수술, 질병을 직접원인으로 하지 않은 불임수술, 진단 검사(생검, 복강경 검사(生檢, 腹腔鏡檢査)등)를 위한 수술 등은 「치료를 직접적인 목적으로 한 수술」에 해당 되지 않습니다.

【별표 8-1】 수술분류표 II

수 술 종 류	
피부·유방의 수술 (皮膚,乳房의 手術)	1. 피부이식수술(植皮術) (25cm^2 미만은 제외함)
	2. 유방절단술(乳房切斷術)
근골의 수술 (筋骨의手術) 〔발정술(拔釘術)은 제외함〕	3. 골이식술(骨移植術)
	4. 골수염 골결핵(뼈결핵) 수술(骨髓炎骨結核手術) 〔농양(膿瘍)의 단순한 절개는 제외함〕
	5. 두개골 관혈수술(頭蓋骨 觀血手術) 〔비골(鼻骨, 코뼈) 비중격(코중격)(鼻骨 鼻中隔)은 제외함〕
	6. 비골(鼻骨, 코뼈) 관혈수술(鼻骨 觀血手術【비중격(코중격)만곡증수술(鼻中隔灣曲症手術)은 제외함】
	7. 상악골(위턱뼈) 하악골(아래턱뼈) 악관절 관혈수술(위턱뼈, 아래턱뼈, 顎關節 觀血手術)〔치·치육(齒·齒肉)의 처치에 수반하는 것은 제외함〕
	8. 척추 골반 관혈수술(脊椎 骨盤 觀血手術)
	9. 쇄골(빗장뼈) 견갑골(어깨뼈) 늑골(갈비뼈) 흉골(복장뼈) 관혈수술 (鎖骨 肩胛骨 肋骨胸骨觀血手術)
	10. 사지절단술(팔·다리切斷術) 〔손가락·발가락 포함〕
	11. 절단사지재접합술(切斷팔·다리再接合術) 〔골·관절(骨·關節)의 이단(離斷)에 수반하는 것〕
	12. 사지골(팔다리뼈) 사지관절 관혈수술(팔·다리骨 팔·다리關節 觀血手術) 〔손가락·발가락 포함〕
	13. 근·건(힘줄)·인대·관혈수술(筋建 靭帶 觀血手術) 〔손가락·발가락 포함. 근염 결절종 점액종수술(筋炎 結切腫 粘液腫手術)은 제외함〕
호흡기·흉부의 수술 (呼吸器·가슴의手術)	14. 만성부비강염근본수술(慢性副鼻腔炎根本手術)
	15. 후두전부절제술(喉頭全摘除術)
	16. 기관 기관지 폐 흉막수술(氣管 氣管支 肺 胸膜手術) 【개흉술(開胸術)을 수반하는 것】
	17. 흉곽형성술(胸廓形成術)
	18. 종격동(세로칸)종양수술
순환기·비의수술 (循環器·脾의 手術)	19. 관혈적혈관 형성술(觀血的血管 形成術) 【혈액투석용(血液透析用)외 SHUNT 형성술(形成術)을 제외함】
	20. 정맥류근본수술(精脈瘤根本手術)
	21. 대동맥 대정맥 폐동맥 관동맥수술(大動脈 大精脈 肺動脈 冠動脈手術) 【개흉 개복술(開胸 開腹術)을 수반하는 것】
	22. 심막절개 봉합술(心膜切開 縫合術)
	23. 직시하심장내수술(直視下心藏內手術)
	24. 체내용(體內用) Pace Maker 매입술(埋入術)
	25. 비장절제(특정부위를 잘라 없애는 것)술(脾摘除術)

수 술 종 류	
소화기의 수술 (消化器의 手術)	26. 이하선(귀밑샘)종양적출술(耳下腺腫瘍 摘出術)
	27. 악하선(턱밑샘)종양적출술(顎下腺腫瘍 摘出術)
	28. 식도절단술(食道離斷術)
	29. 위절제술(胃切除術)
	30. 기타의 위 식도수술(胃 食道手術) 【개흉 개복술(開胸 開腹術)을 수반하는 것】
	31. 복막염수술(腹膜炎手術)
	32. 간장 담낭 담도 췌장 관혈수술(肝腸 膽囊 膽道 膵臟 觀血手術)
	33. 탈장 근본수술(脫腸 根本手術)
	34. 충수절제술 맹장봉축술(蟲垂切除術 盲腸縫縮術)
	35. 직장탈근본수술(直腸脫根本手術)
	36. 기타의 장 장간막수술(腸 腸間膜手術) 【개복술(開腹術)을 수반하는 것】
	37. 치루 탈항(항문탈출증) 치핵근본수술(痔屢 脫肛 痔核根本手術) 【근치(根治)를 목적으로 한 것으로 처치 단순한 치핵(痔核)만의 수술은 제외함】
뇨·성기의 수술 (尿·性器의 수술)	38. 콩팥(신장)이식수술(腎移植手術)
	39. 신장 신우 뇨관 방광 관혈수술(콩팥 腎盂 尿管 肪胱 觀血手術) 【경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함】
	40. 뇨도협착 관혈수술(尿道狹窄 觀血手術) 【경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함】
	41. 뇨루폐쇄 관혈수술(尿屢閉鎖觀血手術) 【경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함】
	42. 음경절단술(陰莖切斷術)
	43. 고환 부고환 정관 정색 정낭 전립선수술 (睾丸 副睾丸 精管 精索 精囊 前立腺手術)
	44. 음낭수종근본수술(陰囊手腫根本手術)
	45. 자궁광범전절제(특정부위를 잘라 없애는 것)술(子宮廣汎全摘除術) 【 단순 자궁 전 절제술(單純子宮 全切除術)등의 자궁전절제(특정부위를 잘라 없애는 것)술(子宮全摘除術)은 제외함】
	46. 자궁경관형성술 자궁경관봉축술(子宮經管形成術 子宮經管縫縮術)
	47. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)
	48. 자궁외 임신수술(子宮外 妊娠手術)
	49. 자궁탈 질탈수술(子宮脫 膣脫手術)
	50. 기타의 자궁수술(子宮手術) 【자궁경관 Polyp 절제술 인공임신 중절술 (子宮經管 Polyp 切除術 人工妊娠中絶術)은 제외함】
	51. 난관 난소 관혈수술(卵管 卵巢 觀血手術) 【경질적조작(經膣的操作)은 제외함】
	52. 기타의 난관 난소수술(卵管卵巢手術)
내분비기의 수술	53. 하수체종양절제(특정부위를 잘라 없애는 것)술(下垂體腫瘍摘除術)

수 술 종 류	
(內分泌器의 手術)	54. 갑상선수술(甲狀腺手術)
	55. 부신전절제(특정부위를 잘라 없애는 것)술(副腎全摘除術)
신경의 수술 (神經의手術)	56. 두개내 관혈수술(頭蓋內 觀血手術)
	57. 신경 관혈수술(神經 觀血手術) 【형성술 이식술 절제술 감압술 개방술 염제술(形成術 移植術 切除術 減壓術 開放術 捻除術)】
	58. 관혈적척수종양적출수술(觀血的脊髓腫瘍摘出手術)
	59. 척수경막내외 관혈수술(脊髓硬膜內外 觀血手術)
감각기·시기의 수술 (感覺器·視器의 手術)	60. 안검하수증수술(눈꺼풀이 느러짐症手術)
	61. 눈물소관(눈물길)성형술(淚小管形成術)
	62. 누낭비강문합술(淚囊鼻腔吻合術)
	63. 결막낭형성술(結膜囊形成術)
	64. 각막이식술(角膜移植術)
	65. 관혈적전방 홍채 초자체 안와내이(속귀)물제거술(觀血的前房 紅彩 硝子體 眼窩內異物除去術)
	66. 홍채전후유착박리술(紅彩前後癒着剝離術)
	67. 녹내장 관혈수술(綠內障 觀血手術)
	68. 백내장 수정체 관혈수술(白內障 水晶體觀血手術)
	69. 초자체 관혈수술(硝子體 觀血手術)
	70. 망막박리증수술(網膜剝離症手術)
	71. Laser 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구수술(眼球手術) 【수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.】
	72. 안구절제(특정부위를 잘라 없애는 것)술 조직충전술(眼球摘除術,組織充塡術)
	73. 안와종양적출술(眼窩腫瘍摘出術)
	74. 안근이식술(眼筋移植術)
감각기·청기의 수술 (感覺器·聽器의 手術)	75. 관혈적고막 고실형성술(觀血的鼓膜 鼓室型成術)
	76. 유양동삭개술(乳樣洞削開術)
	77. 중이(가운데귀)근본수술(中耳根本手術)
	78. 내이(속귀) 관혈수술(內耳 觀血手術)
	79. 청신경종양적출술(聽神經腫瘍 摘出術)
악성신생물(암)의 수술 (惡性新生物의 手術)	80. 악성신생물(암)근치수술(惡性新生物根治手術)
	81. 악성신생물(암)온열요법(惡性新生物溫熱療法) 【수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.】
	82. 기타의 악성신생물(암)수술(惡性新生物手術)

수 술 종 류	
상기이외의 수술 (上記 以外의 手術)	83. 상기이외의 개두술(開頭術)
	84. 상기이외의 개흉술(開胸術)
	85. 상기이후의 개복술(開腹術)
	86. 충격파(衝擊波)에 의한 체내결석파쇄술(體內結石破碎術) 【수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.】
상기이외의 수술 (上記 以外의 手術)	87. Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter 에 의한 뇌후 두 흉부 복부 장기수술(腦喉頭 가슴 배藏器手術) 【검사 처치는 포함하지 않음. 수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.】
신생물근치 방사선조사 (新生物根治 放射線照射)	88. 신생물근치 방사선조사(新生物根治 放射線照射) 【5,000Rad 이상의 조사(照射)로 수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

【 비 고 】

- 치료를 직접목적으로 한 수술
- 미용정형상의 수술, 질병을 직접원인으로 하지 않은 불임수술, 진단 검사〔생검, 복강경 검사(生檢, 腹腔鏡檢查)등〕를 위한 수술 등은 「치료를 직접적인 목적으로 한 수술」에 해당 되지 않습니다.
- 피보험자가 장기이식을 위한 장기공여자로서 수술을 받은 경우에는 보상합니다.

【별표 9】 누적외상성질환(VDT 증후군) 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 누적외상성질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 누적외상성질환(VDT 증후군) 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류코드
근육장애	M60~M63
윤활막 및 힘줄장애	M65~M68
결합조직의 기타 전신침범	M35
기타 연조직장애	M70~M79
기타 관절연골장애, 인대장애	M24.1, M24.2
관절통, 달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.5, M25.6
팔의 단일신경병증	M53.1
	G56

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 10】 전자파관련 특정암 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 전자파관련 특정암으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 전자파관련 특정암 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81 ~ C96

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 11】 급성심근경색증 및 뇌졸중

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증 및 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 급성심근경색증 및 뇌졸중 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		표준질병 사인분류
급성심근 경색증	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
뇌졸중	거미막하 출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	뇌경색(증)	I63
	뇌경색증을 유발하지 않는 뇌전 동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않는 대뇌 동맥의 폐쇄 및 협착	I66

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 12】 소아 3 대암 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 소아 3 대암으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 소아 3 대암 해당여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류코드
뇌수막의 악성 신생물	C70.0
뇌의 악성 신생물	C71
기타 및 상세불명의 뇌신경 악성 신생물	C72.5
뇌 및 중추신경계의 기타 부분의 중복병변 악성 신생물	C72.8
상세불명의 중추신경계 악성 신생물	C72.9
호지킨림프종(Hodgkin's)	C81
소포성 림프종	C82
비소포성 림프종	C83
성숙 T/NK-세포 림프종	C84
기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
악성 면역증식성 질환	C88
다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
림프성 백혈병	C91
골수성 백혈병	C92
단핵구성 백혈병	C93
명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
상세불명 세포형의 백혈병	C95
림프, 조혈 및 관련조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
만성 골수증식질환	D47.1
만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

위의 C70.0, C72.5, C72.8, C72.9 는 뇌암은 아니나 민원발생의 소지가 많으므로 대상에 포함시킵니다.

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 13】 식중독 분류표

식중독이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 식중독 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
기타 살모넬라 감염	A02
시겔라증	A03
기타 세균성 장 감염	A04
달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
아메바증	A06
기타 원충성 장 질환	A07
바이러스 및 기타 명시된 장 감염	A08
해산물로 섭취한 유해물질의 독성효과	T61
식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독성효과	T62

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 14】 골절 분류표

①약관에서 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 골절 해당여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류코드
두개골 및 안면골의 골절	S02
머리의 으깸손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
늑골, 흉골(복장뼈) 및 흉추의 골절	S22
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
아래팔의 골절	S52
손목 및 손 부분에서의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체부위를 침범한 골절	T02
척추의 상세불명 부위의 골절	T08
팔의 상세불명 부위의 골절	T10
다리의 상세불명 부위의 골절	T12
상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

②위의 골절분류코드에서 치아의 파절 및 파절치 (분류코드 S02.5)에 해당하는 상병을 '치아파절'이라 말합니다.

【별표 15】 화상 분류표

약관에서 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 화상 해당여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류코드
머리 및 목의 화상 및 부식	T20
체간의 호상 및 부식	T21
손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
손목 및 손의 화상 및 부식	T23
발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
발목 및 발의 화상 및 부식	T25
눈 및 눈부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
기도의 화상 및 부식	T27
기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
포함된 신체 표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
포함된 신체 표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타장해	L59

제 9 차 개정 이후 상기 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 16】 특정전염병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 특정전염병으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국 표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 특정전염병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류코드
1. 콜레라	A00
2. 장티푸스	A01.0
3. 파라티푸스	A01.1 ~ A01.4
4. 상세불명의 시겔라증	A03.9
5. 장 출혈성 대장균 감염	A04.3
6. 페스트	A20
7. 파상풍	A33 ~ A35
8. 디프테리아	A36
9. 백일해	A37
10. 급성 회색질척수염	A80
11. 일본뇌염	A83.0
12. 홍역	B05
13. 풍진	B06
14. 볼거리	B26
15. 탄저병	A22
16. 브루셀라병	A23
17. 렙토스피라병	A27
18. 성홍열	A38
19. 수막알균 수막염	A39.0+
20. 기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
21. 재향군인병, 비폐렴성 재향군인병[폰티액열]	A48.1 ~ A48.2
22. 발진티푸스	A75
23. 광견병	A82
24. 신장 증후군을 동반한 출혈열	A98.5
25. 말라리아	B50 ~ B54

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 17】 고액치료비암 분류표

약관에 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 고액치료비암 해당여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계의 기타 부분의 악성신생물	C70~C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 기타 및 상세불명의 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병	D47.5

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 18】 과로사관련 질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병 사인 분류에 있어서 뇌혈관질환 내지 심질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 과로사관련 질병 해당여부를 판단합니다.

질 병	분류번호
고혈압성 심장병	I11
고혈압성심장 및 신장병	I13
급성심근경색증	I21
협심증	I20
거미막하 출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62
뇌경색증	I63
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
고혈압성 뇌병증	I67.4

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 19】 마라톤관련 특정질병 분류표

약관에 규정하는 마라톤 관련 특별질병으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 마라톤관련 특정질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
▷ 급성심근경색증	
급성심근경색	I 21
후속심근경색증	I 22
급성 심근경색증 후 특정 현재 합병증	I 23
기타 급성 허혈성 심장질환	I 24
▷ 뇌출혈, 뇌경색	
- 대뇌혈관질환	
거미막하 출혈	I 60
뇌내출혈	I 61
기타 비외상성 머리내 출혈	I 62
뇌경색(증)	I 63
▷ 열사병 및 일사병등	T 67.0 ~ T 67.7
▷ 저체온증	T 68

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 20】 급성심근경색증 및 뇌출혈

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증 및 뇌출혈으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 급성심근경색증 및 뇌출혈 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		표준질병 사인분류
급성심근경색증	급성 심근경색증 후속심근경색증 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I21 I22 I23
뇌출혈	거미막하 출혈 뇌내출혈 기타 비외상성 두개내 출혈	I60 I61 I62

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 21】 산재장해분류표

장해등급	장해의 분류
제 1 급	1. 두 눈이 실명된 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능을 모두 영구적으로 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 항상 간병을 받아야 하는 사람 4. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 항상 간병을 받아야 하는 사람 5. 두 팔을 팔꿈치관절이상에서 잃은 사람 6. 두 팔을 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람 7. 두 다리를 무릎관절이상에서 잃은 사람 8. 두 다리를 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람
제 2 급	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.02 이하로 된 사람 2. 두 눈의 시력이 각각 0.02 이하로 된 사람 3. 두 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람 4. 두 다리를 발목관절이상에서 잃은 사람 5. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 수시로 간병을 받아야 하는 사람 6. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 수시로 간병을 받아야 하는 사람
제 3 급	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능을 영구적으로 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람 4. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람 5. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
제 4 급	1. 두 눈의 시력이 각각 0.06 이하로 된 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 3. 고막의 전부의 결손이나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 4. 한 팔을 팔꿈치관절이상에서 잃은 사람 5. 한 다리를 무릎관절이상에서 잃은 사람 6. 두 손의 손가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 7. 두 발을 리스푸랑관절이상에서 잃은 사람

장해등급	장해의 분류
제 5 급	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람 2. 한 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람 3. 한 다리를 발목관절이상에서 잃은 사람 4. 한 팔을 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람 5. 한 다리를 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람 6. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 7. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 8. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람
제 6 급	1. 두 눈의 시력이 각각 0.1 이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 3. 고막의 대부분의 결손이나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력이 모두 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 4. 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고 다른 귀의 청력이 40 센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 5. 척주에 뚜렷한 기형이나 뚜렷한 기능장해가 남은 사람 6. 한 팔의 3 대 관절중 2 개 관절이 제대로 못쓰게 된 사람 7. 한 다리의 3 대 관절중 2 개 관절이 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한손의 5 개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4 개의 손가락을 잃은 사람
제 7 급	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 2. 두 귀의 청력이 모두 40 센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 3. 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고 다른 귀의 청력이 1 미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 4. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장해가 남아 손쉬운 노무외에는 종사하지 못하는 사람 5. 흉복부장기의 기능에 장해가 남아 손쉬운 노무외에는 종사하지 못하는 사람 6. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3 개이상의 손가락을 잃은 사람 7. 한 손의 5 개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4 개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 발을 리스푸랑관절이상에서 잃은 사람 9. 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람 10. 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람 11. 두 발의 발가락이 모두 제대로 못쓰게 된 사람

장해등급	장해의 분류
	12. 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 사람 13. 양쪽 고환을 잃은 사람
제 8 급	1. 한 눈이 실명되거나 한 눈의 시력이 0.02 이하로 된 사람 2. 척주에 경도의 기형이나 기능장해가 남은 사람 3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2 개의 손가락을 잃은 사람 4. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3 개이상의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 5. 한 다리가 5 센티미터이상 짧아진 사람 6. 한 팔의 3 대 관절중 1 개 관절이 제대로 못쓰게 된 사람 7. 한 다리의 3 대 관절중 1 개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 팔에 가관절이 남은 사람 9. 한 다리에 가관절이 남은 사람 10. 한 발의 5 개의 발가락을 모두 잃은 사람 11. 비장 또는 한쪽의 신장을 잃은 사람
제 9 급	1. 두 눈의 시력이 각각 0.6 이하로 된 사람 2. 한 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 3. 두 눈에 모두 반맹증, 시야협착 또는 시야변상이 남은 사람 4. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 5. 코가 결손되어 그 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 6. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 장해가 남은 사람 7. 두 귀의 청력이 모두 1 미터이상의 거리에서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 8. 한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하고 다른 귀의 청력이 1 미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 9. 한 귀의 청력을 영구적으로 완전히 잃은 사람 10. 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2 개의 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3 개의 손가락을 잃은 사람 11. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2 개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 한 발의 엄지발가락을 포함하여 2 개이상의 발가락을 잃은 사람 13. 한 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람

장해등급	장해의 분류
	14. 생식기에 뚜렷한 장해가 남은 사람 15. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장해가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 사람 16. 흉복부장기의 기능에 장해가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 사람
제 10 급	1. 한 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 장해가 남은 사람 3. 14 개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 4. 한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 5. 두 귀의 청력이 모두 1 미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 6. 척주에 기능장해가 남았으나 보존적 요법으로 치유된 사람 7. 한 손의 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 2 개의 손가락을 잃은 사람 8. 한손의 엄지손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2 개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3 개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 9. 한 다리가 3 센티미터이상 짧아진 사람 10. 한 발의 엄지발가락 또는 그외의 4 개의 발가락을 잃은 사람 11. 한 팔의 3 대 관절중 1 개 관절의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 12. 한 다리의 3 대 관절중 1 개 관절의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람
제 11 급	1. 두 눈이 모두 안구의 조절기능에 뚜렷한 장해가 남거나 또는 뚜렷한 운동기능 장해가 남은 사람 2. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람 3. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 4. 한 귀의 청력이 40 센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 5. 척주에 기형이 남은 사람 6. 한 손의 가운데손가락 또는 넷째손가락을 잃은 사람 7. 한 손의 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 2 개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 발의 엄지발가락을 포함하여 2 개이상의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 9. 흉복부장기에 기능에 장해가 남은 사람 10. 10 개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 11. 두 귀의 청력이 모두 1 미터이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람
제 12 급	1. 한 눈의 안구의 조절기능에 뚜렷한 장해가 남거나 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람 2. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람 3. 7 개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 4. 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 사람 5. 쇄골(빗장뼈), 흉골(복장뼈), 늑골(갈비뼈), 견갑골(어깨뼈) 또는 골반골에 뚜렷한 기형이 남은 사

장해등급	장해의 분류
	람 6. 한 팔의 3 대 관절중의 1 개 관절의 기능에 장해가 남은 사람 7. 한 다리의 3 대 관절중의 1 개 관절의 기능에 장해가 남은 사람 8. 장관골에 기형이 남은 사람 9. 한 손의 가운데손가락 또는 넷째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 10. 한 발의 둘째발가락을 잃은 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2 개의 발가락을 잃은 사람 또는 가운데발가락이하의 3 개의 발가락을 잃은 사람 11. 한 발의 엄지발가락 또는 그외의 4 개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 국부에 완고한 신경증상이 남은 사람 13. 외모에 흉터가 남은 사람
제 13 급	1. 한 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 2. 한 눈에 반맹증, 시야협착 또는 시야변상이 남은 사람 3. 두 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 4. 5 개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 5. 한 손의 새끼손가락을 잃은 사람 6. 한 손의 엄지손가락의 지골의 일부를 잃은 사람 7. 한 손의 둘째손가락의 지골의 일부를 잃은 사람 8. 한 손의 둘째손가락의 말관절을 굽히고 펼 수 없게 된 사람 9. 한 다리가 1 센티미터이상 짧아진 사람 10. 한 발의 가운데발가락이하의 1 개 발가락 또는 2 개의 발가락을 잃은 사람 11. 한발의 둘째발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2 개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 가운데발가락이하의 3 개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 흉부장기에 진폐증의 소견이 있는 사람
제 14 급	1. 한 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 2. 3 개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 3. 팔의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 4. 다리의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 5. 한 손의 새끼손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 6. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락의 지골의 일부를 잃은 사람 7. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락의 말관절을 굽히고 펼 수 없게 된 사람 8. 한 발의 가운데발가락이하의 1 개 또는 2 개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 9. 국부에 신경증상이 남은 사람 10. 한 귀의 청력이 1 미터이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람

<참고>

1. 시력의 측정은 국제식시력표에 의하며, 굴절이상이 있는 사람에 대하여는 원칙적으로 교정시력을 측정한다.

2. 손가락을 잃은 것이란 엄지손가락에 있어서는 지관절, 기타의 손가락에 있어서는 제 1 지관절이상을 잃은 경우를 말한다.

3. 손가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 손가락의 말단의 2 분의 1 이상을 잃거나 중수지절관절 또는 제 1 지관절(엄지손가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동기능장해가 남은 경우를 말한다.

4. 발가락을 잃은 것이란 발가락의 전부를 잃은 경우를 말한다.

5. 발가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 엄지발가락에 있어서는 말절의 2 분의 1 이상을 기타의 발가락에 있어서는 말관절이상을 잃은 경우 또는 중족지절관절 또는 제 1 지관절(엄지발가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동기능장해가 남은 경우를 말한다.

【별표 22】 허혈성심장질환 및 뇌혈관질환

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심장질환 및 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 허혈성심장질환 및 뇌혈관질환 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		표준질병 사인분류
허혈성심장질환	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
뇌혈관질환	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 머리내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌중풍	I64
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	기타 뇌혈관 질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 23】 급성심근경색증 및 뇌혈관질환

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증 및 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 급성심근경색증 및 뇌혈관질환 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		표준질병 사인분류
급성심근경색증	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
뇌혈관질환	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 머리내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌중풍	I64
	대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
	대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
	기타 뇌혈관 질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 24】 연구활동종사자 관련 후유장해 지급률표

등급	지급률	장해의 분류
1 급	100%	- 두 눈이 실명된 사람 - 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 - 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 항상 보호를 받아야 하는 사람 - 흉복부장기에 뚜렷한 장해가 남아 항상 보호를 받아야 하는 사람 - 반신마비가 된 사람 - 두 팔을 팔꿈치관절이상에서 잃은 사람 - 두 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 - 두 다리를 무릎관절이상에서 잃은 사람 - 두 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람
2 급	90%	- 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.02 이하로 된 사람 - 두 눈의 시력이 각각 0.02 이하로 된 사람 - 두 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람 - 두 다리를 발목관절이상에서 잃은 사람 - 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 수시로 보호를 받아야 하는 사람 - 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 수시로 보호를 받아야 하는 사람
3 급	80%	- 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 - 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 - 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람 - 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람 - 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
4 급	70%	- 두 눈의 시력이 각각 0.06 이하로 된 사람 - 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 - 고막의 전부의 결손이나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 - 한 팔을 팔꿈치관절이상에서 잃은 사람 - 한 다리를 무릎관절이상에서 잃은 사람 - 두 손의 손가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 - 두 발을 족근중족관절이상에서 잃은 사람

등급	지급률	장해의 분류
5 급	60%	- 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람 - 한 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람 - 한 다리를 발목관절이상에서 잃은 사람 - 한 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 - 한 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람 - 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 - 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 - 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람
6 급	50%	- 두 눈의 시력이 각각 0.1 이하로 된 사람 - 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 - 고막의 대부분의 결손이나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력이 모두 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고는 큰 말소리를 알아듣지 못하는 사람 - 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고, 다른 귀의 청력이 40 센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 - 척추에 뚜렷한 기형이나 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 - 한 팔의 3 대 관절중의 2 개 관절이 못쓰게 된 사람 - 한 다리의 3 대 관절중의 2 개 관절이 못쓰게 된 사람 - 한 손의 5 개 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4 개의 손가락을 잃은 사람
7 급	40%	- 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 - 두 귀의 청력이 모두 40 센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 - 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고, 다른 귀의 청력이 1 미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 - 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 - 흉복부장기의 기능에 장해가 남아 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 - 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3 개이상의 손가락을 잃은 사람 - 한 손의 5 개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4 개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한 발을 족근중족관절이상에서 잃은 사람 - 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 - 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 - 두 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 - 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 여자 - 양쪽의 고환을 잃은 사람

등급	지급률	장해의 분류
8 급	30%	- 한 눈의 시력이 0.02 이하로 된 사람 - 척추에 운동장해가 남은 사람 - 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2 개의 손가락을 잃은 사람 - 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3 개이상의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한 다리가 5 센티미터이상 짧아진 사람 - 한 팔의 3 대 관절중 1 개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한 다리의 3 대 관절중 1 개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한 팔에 가관절이 남은 사람 - 한 다리에 가관절이 남은 사람 - 한 발의 발가락을 모두 잃은 사람 - 비장 또는 한쪽의 신장을 잃은 사람
9 급	22.50%	- 두 눈의 시력이 각각 0.6 이하로 된 사람 - 한 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 - 두 눈에 반맹증. 시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 - 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 - 코가 결손되어 그 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 - 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 장해가 남은 사람 - 두 귀의 청력이 모두 1 미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 - 한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고는 큰 말소리를 알아듣지 못하고 다른 귀의 청력이 1 미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 - 한귀의 청력을 완전히 잃은 사람 - 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2 개의 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3 개의 손가락을 잃은 사람 - 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2 개이상의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한 발의 엄지발가락을 포함하여 2 개이상의 발가락을 잃은 사람 - 한 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 - 생식기에 뚜렷한 장해가 남은 사람 - 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장해가 남아 종사할 수 있는 노무가 상당한 정도로 제한된 사람 - 흉복부장기의 기능에 장해가 남아 종사할 수 있는 노무가 상당한 정도로 제한된 사람
10 급	18.75%	- 한 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람 - 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 장해가 남은 사람 - 14 치이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 - 한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고는 큰 말소리를 알아 듣지 못하는 사람 - 두 귀의 청력이 모두 1 미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣는데 지장이 있는 사람 - 한 손의 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째 손가락외의 2 개의 손가락을 잃

등급	지급률	장해의 분류
		은 사람 - 한 손의 엄지손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2 개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3 개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한 다리가 3 센티미터이상 짧아진 사람 - 한 발의 엄지발가락 또는 그 외의 4 개의 발가락을 잃은 사람 - 한 팔의 3 대 관절중의 1 개 관절의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 - 한 다리의 3 대 관절중의 1 개 관절의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람
11 급	15%	- 두 눈이 모두 근접반사기능에 뚜렷한 장해가 남거나 또는 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 - 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 - 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 - 한 귀의 청력이 40 센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 - 척추에 기형이 남은 사람 - 한손의 가운데 손가락 또는 넷째손가락을 잃은 사람 - 한 손의 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 2 개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한발의 엄지발가락을 포함하여 2 개이상의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 - 흉복부장기의 기능에 장해가 남음 사람 - 10 치이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 -두 귀의 청력이 모두 1 미터이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람
12 급	12.50%	- 한 눈의 근접반사기능에 뚜렷한 장해가 있거나 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 - 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 - 7 치이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 - 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 사람 - 쇄골(빗장뼈) · 흉골(복장뼈) · 늑골(갈비뼈) · 견갑골(어깨뼈) 또는 골반골에 뚜렷한 기형이 남은 사람 - 한 팔의 3 대 관절중의 1 개 관절의 기능에 장해가 남은 사람 - 한 다리의 3 대 관절중의 1 개 관절의 기능에 장해가 남은 사람 - 장관골에 기형이 남은 사람 - 한 손의 가운데손가락 또는 넷째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한 발의 둘째발가락을 잃은 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2 개의 발가락을 잃은 사람 또는 가운데발가락이하의 3 개의 발가락을 잃은 사람 - 한 발의 엄지발가락 또는 그 외의 4 개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 - 국부에 완연한 신경증상이 남은 사람 - 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 남자 - 외모에 흉터가 남은 여자

등급	지급률	장해의 분류
13 급	10%	- 한 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 - 한 눈에 반맹증 · 시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 - 두 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 - 5 치이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 - 한 손의 새끼손가락을 잃은 사람 - 한 손의 엄지손가락의 마디뼈의 일부를 잃은 사람 - 한 손의 둘째손가락의 마디뼈의 일부를 잃은 사람 - 한 손의 둘째손가락의 끝관절을 굽히고 펼 수 없게 된 사람 - 한 다리가 1 센티미터이상 짧아진 사람 - 한 발의 가운데발가락이하의 1 개 또는 2 개의 발가락을 잃은 사람 - 한 발의 둘째발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2 개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 가운데발가락이하의 3 개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람
14 급	6.25%	- 한 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 - 3 치이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 - 팔의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 - 다리의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 - 한 손의 새끼손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락의 마디뼈의 일부를 잃은 사람 - 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락의 끝관절을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한 발의 가운데 발가락이하의 1 개 또는 2 개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 - 국부에 신경증상이 남은 사람 - 외모에 흉터가 남은 남자 - 한 귀의 청력이 1 미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람

비고

1. 시력의 측정은 국제식 시력표에 의하며, 굴절이상이 있는 사람에 대하여는 원칙적으로 교정시력을 측정한다.
2. 손가락을 잃은 것이란 엄지손가락에 있어서는 지관절, 기타의 손가락에 있어서는 제 1 관절이상을 잃은 경우를 말한다.
3. 손가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 손가락의 밀단의 2 분의 1 이상을 잃거나 중수지관절 또는 제 1 지관절(엄지손가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동장해가 남은 경우를 말한다.
4. 발가락을 잃은 것이란 발가락의 전부를 잃은 경우를 말한다.
5. 발가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 엄지발가락에 있어서는 말절의 2 분의 1 이상, 기타의 발가락에 있어서는 끝관절이상을 잃은 경우 또는 중족지관절 또는 제 1 지관절(엄지발가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동장해가 남은 경우를 말한다.
6. 흉터가 남은 것이란 성형수술을 하였어도 육안으로 식별이 가능한 흔적이 있는 상태를 말한다.
7. 항상 보호를 받아야 하는 것은 일상생활에서 기본적인 음식섭취, 배뇨등을 타인에게 의존하여야 하는 것을 말한다.
8. 수시로 보호를 받아야 하는 것은 일상생활에서 기본적인 음식섭취, 배뇨등은 가능하나 그외의 일을 타인에게 의존해야 하는 것을 말한다.

등급	지급률	장해의 분류
9. 항상보호 또는 수시보호의 기간은 의사가 판정하는 노동능력상실 기간을 기준으로 하여 타탕한 기간으로 한다.		

【별표 25】 척추옆굽음증 분류표

약관에 규정하는 척추옆굽음증로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 척추옆굽음증 해당여부를 판단합니다.

M41 척추측만증
포함 : 척추옆뒤굽음증(kyphoscoliosis)
제외 : 척주의 선천변형(congenital scoliosis)NOS(Q67.5)
선천성 골기형으로 인한 선천성 척추측만증(congenital scoliosis due to bony malformation)(Q76.3)
체위성 척주의 선천변형(postural congenital scoliosis)(Q67.5)
척추측만증 심장병(kyphoscoliotic heart disease)(I27.1)
달리 분류되지 않은 처치후 근골격장애(postprocedural)(M96.-)
M41.0 영아 특발성 척추측만증(Infantile idiopathic scoliosis)
M41.1 연소성 특발성 척추측만증(Juvenile idiopathic scoliosis)
청소년성 척추측만증(Adolescent scoliosis)
M41.2 기타 특발성 척추측만증(Other idiopathic scoliosis)
M41.3 흉곽성 척추측만증(Thoracogenic scoliosis)
M41.4 신경근육성 척추측만증(Neuromuscular scoliosis)
뇌성마비, 프리드라이히 운동실조, 회백질척수염 및 기타 신경근육성 장애에 따른 속발성 척추측만증(Scoliosis secondary to cerebral palsy, Friedreich's ataxia, poliomyelitis, and otherneuromusculardisorders)
M41.5 기타 이차성 척추측만증(Other secondary scoliosis)
M41.8 기타 형태의 척추측만증(Other forms of scoliosis)
M41.9 상세불명의 척추측만증(Scoliosis, unspecified)

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 26】 백혈병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 백혈병으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 백혈병 해당여부를 판단합니다.

백혈병 분류표	분류코드
림프성 백혈병	C91
골수성 백혈병	C92
단핵구성 백혈병	C93
명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
상세불명 세포형의 백혈병	C95

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 27】 장애인의 장애정도표

1. 지체장애인

가. 신체의 일부를 잃은 사람

1) 장애의 정도가 심한 장애인

가) 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람

나) 한 손의 모든 손가락을 잃은 사람

다) 두 다리를 가로발목뼈관절(Chopart's joint) 이상의 부위에서 잃은 사람

라) 한 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람

2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

가) 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람

나) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람

다) 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락을 모두 잃은 사람

라) 한 다리를 발목발허리관절(lisfranc joint) 이상의 부위에서 잃은 사람

마) 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람

나. 관절장애가 있는 사람

1) 장애의 정도가 심한 장애인

가) 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람

나) 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람

다) 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람

라) 한 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람

마) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람

바) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

사) 두 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 중 2개 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람

아) 두 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

자) 한 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

가) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람

나) 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람

다) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람

라) 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락, 다섯째손가락 모두의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람

마) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람

바) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 하나의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

사) 두 발의 모든 발가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람

아) 한 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람

자) 한 다리의 엉덩관절 또는 무릎관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

차) 한 다리의 발목관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

다. 지체기능장애가 있는 사람

1) 장애의 정도가 심한 장애인

가) 두 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

나) 두 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람

다) 한 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람

라) 한 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

마) 한 다리의 기능을 잃은 사람

바) 두 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

사) 목뼈 또는 등 · 허리뼈의 기능을 잃은 사람

2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

가) 한 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

나) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

다) 한 손의 엄지손가락의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

라) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락의 기능을 잃은 사람

마) 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락 모두의 기능을 잃은 사람

바) 두 발의 모든 발가락의 기능을 잃은 사람

사) 한 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

아) 목뼈 또는 등 · 허리뼈의 기능이 저하된 사람

라. 신체에 변형 등의 장애가 있는 사람(장애의 정도가 심하지 않은 장애인에 해당함)

1) 한 다리가 건강한 다리보다 5 센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 15 분의 1 이상 짧은 사람

2) 척추옆굽음증(척추측만증)이 있으며, 굽은각도가 40 도 이상인 사람

3) 척추뒤굽음증(척추후만증)이 있으며, 굽은각도가 60 도 이상인 사람

4) 성장이 멈춘 만 18 세 이상의 남성으로서 신장이 145 센티미터 이하인 사람

5) 성장이 멈춘 만 16 세 이상의 여성으로서 신장이 140 센티미터 이하인 사람

6) 연골무형성증으로 왜소증에 대한 증상이 뚜렷한 사람

2. 뇌병변장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인

1) 보행 또는 일상생활동작이 상당히 제한된 사람

2) 보행이 경미하게 제한되고 섬세한 일상생활동작이 현저히 제한된 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

보행 시 절뚝거림을 보이거나 섬세한 일상생활동작이 경미하게 제한된 사람

3. 시각장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인

1) 좋은 눈의 시력(공인된 시력표로 측정한 것을 말하며, 굴절이상이 있는 사람은 최대 교정시력을 기준으로 한다. 이하 같다)이 0.06 이하인 사람

2) 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 5 도 이하로 남은 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

1) 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람

2) 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 10 도 이하로 남은 사람

3) 두 눈의 시야가 각각 정상시야의 50 퍼센트 이상 감소한 사람

4) 나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람

5) 두 눈의 중심 시야에서 20 도 이내에 겹보임[복시(複視)]이 있는 사람

4. 청각장애인

가. 청력을 잃은 사람

1) 장애의 정도가 심한 장애인

두 귀의 청력을 각각 80 데시벨 이상 잃은 사람(귀에 입을 대고 큰소리로 말을 해도 듣지못하는 사람)

2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

가) 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50 퍼센트 이하인 사람

나) 두 귀의 청력을 각각 60 데시벨 이상 잃은 사람(40 센티미터 이상의 거리에서 발성된 말소리를 듣지 못하는 사람)

다) 한 귀의 청력을 80 데시벨 이상 잃고, 다른 귀의 청력을 40 데시벨 이상 잃은 사람

나. 평형기능에 장애가 있는 사람

1) 장애의 정도가 심한 장애인

양측 평형기능의 소실로 두 눈을 뜨고 직선으로 10 미터 이상을 지속적으로 걸을 수 없는 사람

2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

평형기능의 감소로 두 눈을 뜨고 10 미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60 센티미터 이상 벗어나고, 복합적인 신체운동이 어려운 사람

5. 언어장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인

음성기능이나 언어기능을 잃은 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

음성 · 언어만으로는 의사소통을 하기 곤란할 정도로 음성기능이나 언어기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. 지적장애인(장애의 정도가 심한 장애인에 해당함)

지능지수가 70 이하인 사람으로서 교육을 통한 사회적 · 직업적 재활이 가능한 사람

7. 자폐성장애인(장애의 정도가 심한 장애인에 해당함)

제 10 차 국제질병사인분류(International Classification of Diseases, 10th Version)의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 않고, 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적인 도움이 필요한 사람

8. 정신장애인(장애의 정도가 심한 장애인에 해당함)

가. 장애의 정도가 심한 장애인

1) 조현병 또는 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나, 인격변화나 퇴행은 심하지 않은 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적으로 도움이 필요한 사람

2) 양극성 정동장애(情動障碍, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애)에 따른 기분 · 의욕 · 행동 및 사고의 장애증상이 심하지는 않으나, 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적으로 도움이 필요한 사람

3) 재발성 우울장애로 기분 · 의욕 · 행동 등에 대한 우울 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적으로 도움이 필요한 사람

4) 조현정동장애(調絃情動障碍)로 1)부터 3)까지에 준하는 증상이 있는 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

1) 조현병 또는 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나, 인격변화나 퇴행은 심하지 않은 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 경미한 도움이 필요한 사람

2) 양극성 정동장애(情動障碍, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애)에 따른 기분 · 의욕 · 행동 및 사고의 장애증상이 심하지는 않으나, 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 경미한 도움이 필요한 사람

3) 재발성 우울장애로 기분 · 의욕 · 행동 등에 대한 우울 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 경미한 도움이 필요한 사람

4) 조현정동장애(調絃情動障碍)로 1)부터 3)까지에 준하는 증상이 있는 사람

5) 지속적인 치료에도 호전되지 않는 강박장애, 투렛장애(Tourette's disorder) 또는 기면증으로 기분 · 의욕 · 행동 및 사고의 장애증상이 심한 경우로서 일상생활이나 사회생활에 수시로 도움이 필요한 사람

9. 신장장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인

만성신부전증으로 3 개월 이상 혈액투석이나 복막투석을 받고 있는 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

신장을 이식받은 사람

10. 심장장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인

심장기능의 장애가 지속되며, 가정에서 가벼운 활동은 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나 정상적인 사회활동을 하기 어려운 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

심장을 이식받은 사람

11. 호흡기장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인

1) 만성호흡기 질환으로 기관절개관을 유지하고 24 시간 인공호흡기로 생활하는 사람

2) 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능장애로 평지에서 보행해도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1 초시 강제날숨량) 또는 폐확산능(폐로 유입된 공기가 혈액내로 녹아드는 정도)이 정상예측치의 40 퍼센트 이하이거나 안정시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 65 밀리미터수은주(mmHg) 이하인 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

1) 폐를 이식받은 사람

2) 늑막루가 있는 사람

12. 간장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인

1) 간경변증, 간세포암종 등 만성 간질환을 가진 것으로 진단받은 사람 중 잔여 간기능이 만성 간질환 평가척도(Child-Pugh score) 평가상 C 등급인 사람

2) 간경변증, 간세포암종 등 만성 간질환을 가진 것으로 진단받은 사람 중 잔여 간기능이 만성 간질환 평가척도(Child-Pugh score) 평가상 B 등급이면서 난치성 복수(腹水)가 있거나 간성뇌증 등의 합병증이 있는 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

간을 이식받은 사람

13. 안면장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인

1) 노출된 안면부의 75 퍼센트 이상이 변형된 사람

2) 노출된 안면부의 50 퍼센트 이상이 변형되고 코 형태의 3 분의 2 이상이 없어진 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

1) 코 형태의 3 분의 1 이상이 없어진 사람

2) 노출된 안면부의 45 퍼센트 이상에 백반증(白斑症)이 있는 사람

3) 노출된 안면부의 30 퍼센트 이상이 변형된 사람

14. 장루 · 요루장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인

1) 배변을 위한 말단 공장루를 가지고 있는 사람

2) 장루와 함께 요루 또는 방광루를 가지고 있는 사람

3) 장루 또는 요루를 가지고 있으며, 합병증으로 장피누공 또는 배뇨기능장애가 있는 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

1) 장루 또는 요루를 가진 사람

2) 방광루를 가진 사람

15. 뇌전증장애인

가. 성인 뇌전증

1) 장애의 정도가 심한 장애인

만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 연 6 회 이상의 발작(중증 발작은 월 5 회 이상을 연 1 회, 경증 발작은 월 10 회 이상을 연 1 회로 본다)이 있고, 발작으로 인한 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역질, 인지기능의 장애 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에서 보호와 관리가 수시로 필요한 사람

2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 연 3회 이상의 발작(중증 발작은 월 1회 이상을 연 1회, 경증 발작은 월 2회 이상을 연 1회로 본다)이 있고, 이에 따라 협조적인 대인관계가 곤란한 사람

나. 소아청소년 뇌전증

1) 장애의 정도가 심한 장애인

전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대(筋間代) 발작, 부분발작 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에서 보호와 관리가 수시로 필요한 사람

2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대(筋間代) 발작, 부분발작 등으로 일상생활 및 사회생활에서 보호와 관리가 필요한 사람

16. 중복된 장애의 합산 판정

정도가 심하지 않은 장애를 둘 이상 가진 장애인은 보건복지부장관이 고시하는 바에 따라 장애의 정도가 심한 장애인으로 볼 수 있다. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그렇지 않다.

가. 지체장애와 뇌병변장애가 같은 부위에 중복된 경우

나. 지적장애와 자폐성장애가 중복된 경우

다. 그 밖에 중복장애로 합산하여 판정하는 것이 타당하지 않다고 보건복지부장관이 정하는 경우

【별표 28】 탈구,신경손상,압착손상 분류표

약관에 규정하는 탈구, 신경손상, 압착손상으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 탈구,신경손상,압착손상 해당여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류코드
경추의 탈구	S13.1
목의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S13.2
목의 다발 탈구	S13.3
흉추의 탈구	S23.1
흉부의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S23.2
요추의 탈구	S33.1
천장관절 및 천미관절의 탈구	S33.2
어깨관절의 탈구	S43.0
견쇄관절의 탈구	S43.1
흉쇄관절의 탈구	S43.2
견갑대의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S43.3
요골머리의 탈구	S53.0
팔꿈치의 상세불명 탈구	S53.1
손목의 탈구	S63.0
손가락의 다발 탈구	S63.2
고관절의 탈구	S73.0
무릎뼈의 탈구	S83.0
무릎의 탈구	S83.1
발목관절의 탈구	S93.0
발의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S93.3
뇌신경의 손상	S04
목 부위의 신경 및 척수의 손상	S14
흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24
복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
아래팔 부위의 신경의 손상	S54
손목 및 손 부위의 신경의 손상	S64
엉덩이 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
아래다리 부위의 신경손상	S84
발목 및 발 부위의 신경의 손상	S94
목부위의 신경 및 척수의 손상을 동반한 뇌 및 뇌신경의 손상	T06.0
기타 여러 신체부위를 침범한 신경 및 척수의 손상	T06.1

여러 신체부위를 침범한 신경의 손상	T06.2
몸통의 상세불명의 신경, 척수신경근 및 척추 신경총의 손상	T09.4
팔의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T11.3
다리의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T13.3
목의 으깸손상	S17
어깨 및 위팔의 으깸손상	S47
아래팔의 으깸손상	S57
엉덩이 및 대퇴의 으깸손상	S77
아래다리의 으깸손상	S87
발목 및 발의 으깸손상	S97
여러 신체부위를 침범한 으깸손상	T04

제 9 차 개정 이후 상기 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 29】 외상성절단 분류표

약관에 규정하는 외상성절단으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병를 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 외상성절단 해당여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류코드
이물이 있는 안구의 관통창	S05.5
이물이 없는 안구의 관통창	S05.6
안구의 박리	S05.7
머리 부분의 외상성 절단	S08
목 부위의 외상성 절단	S18
흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
복부, 아래등 및 골반 부분의 으깸손상 및 외상성 절단	S38
어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
아래팔의 외상성 절단	S58
손목 및 손의 외상성 절단 (기타 단일 손가락의 외상성 절단 (완전)(부분)은 제외)	S68 (S68.1 은제외)
엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78
아래다리의 외상성 절단	S88
발목 및 발의 외상성 절단 (단일 발가락의 외상성 절단은 제외)	S98 (S98.1 은제외)
여러 신체부위를 침범한 외상성 절단	T05
팔의 상세불명 부위의 외상성 절단	T11.6
다리의 상세불명 부위의 외상성 절단	T13.6

제 9 차 개정 이후 상기 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 30】 뇌·내장손상 분류표

약관에 규정하는 뇌·내장손상으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 뇌·내장손상 해당여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류코드
뇌손상	□ 두개원개의 골절	S02.0
	□ 두개저의 골절	S02.1
	□ 안와바닥의 골절	S02.3
	□ 두개골 및 안면골을 침범한 다발골절	S02.7
	□ 기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
	□ 두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9
	□ 미만성 뇌손상	S06.2
	□ 경막외출혈	S06.4
	□ 외상성 경막하출혈	S06.5
	□ 외상성 거미막하출혈	S06.6
	□ 지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
	□ 기타 두개내손상	S06.8
	□ 상세불명의 두개내손상	S06.9
	□ 두개골의 으깸손상	S07.1
	□ 머리의 기타 부분의 으깸손상	S07.8
	□ 머리의 기타 부분의 외상성 절단	S08.8
	□ 달리 분류되지 않은 머리의 혈관손상	S09.0
	□ 머리의 다발손상	S09.7
내장손상	□ 혈심낭막을 동반한 심장손상	S26.0
	□ 심장의 기타 손상	S26.8
	□ 심장의 상세불명 손상	S26.9
	□ 폐의 기타 손상	S27.3
	□ 기관지의 손상	S27.4
	□ 흉부기관의 손상	S27.5
	□ 흉막의 손상	S27.6
	□ 흉곽내기관의 다발손상	S27.7
	□ 기타 명시된 흉곽내기관의 손상	S27.8
	□ 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27.9
	□ 흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
	□ 흉부의 기타 및 상세불명의 손상	S29

	☐ 복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상	S35
	☐ 비장의 손상	S36.0
	☐ 간 또는 담낭의 손상	S36.1
	☐ 췌장의 손상	S36.2
	☐ 위의 손상	S36.3
	☐ 소장의 손상	S36.4
	☐ 결장의 손상	S36.5
	☐ 직장의 손상	S36.6
	☐ 다발성 복강내기관의 손상	S36.7
	☐ 기타 복강내기관의 손상	S36.8
	☐ 신장의 손상	S37.0
	☐ 요관의 손상	S37.1
	☐ 방광의 손상	S37.2
	☐ 요도의 손상	S37.3
	☐ 난소의 손상	S37.4
	☐ 난관의 손상	S37.5
	☐ 자궁의 손상	S37.6
	☐ 다발성 골반기관의 손상	S37.7
	☐ 기타 골반기관의 손상	S37.8
	☐ 복부, 아래등 및 골반의 으깸손상 및 외상성 절단	S38
	☐ 골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S39.6

제 9 차 개정 이후 상기 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 31】 유방절제수술 분류표

약관에 규정하는 유방절제수술비의 유방절제수술은 국제의료행위 분류표(ICD.9)에 의한 수술 및 처치 코드에 해당하는 수술을 말하며, 이후 국제의료행위분류표가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 유방절제수술 해당여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류코드
1. 편측단순유방절제술	85.41
2. 양측단순유방절제술	85.42
3. 편측확대유방절제술	85.43
4. 양측확대유방절제술	85.44
5. 편측근치적유방절제술	85.45
6. 양측근치적유방절제술	85.46
7. 편측확대근치적유방절제술	85.47
8. 양측확대근치적유방절제술	85.48

상기 수술 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 국제의료행위분류표에 따라 판단합니다.

진단 당시의 국제의료행위분류표에 따라 약관에서 보장하는 수술에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이 후 국제의료행위분류표가 변경되더라도 약관에서 보장하는 수술 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 32】 다발골절 분류표

약관에 규정하는 다발골절은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 다발골절 해당여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류코드
두개골 및 안면골을 침범한 다발골절	S02.7
경추의 다발골절	S12.7
흉추의 다발골절	S22.1
늑골의 다발골절	S22.4
요추 및 골반의 다발골절	S32.7
쇄골(빗장뼈), 견갑골 및 상완골의 다발골절	S42.7
아래팔의 다발골절	S52.7
손가락의 다발골절	S62.7
대퇴골의 다발골절	S72.7
아래다리의 다발골절	S82.7
발의 다발골절	S92.7
여러 신체부위를 침범한 골절	T02

제9차 개정 이후 상기 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 33】 자동차사고부상등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제 3 조 제 1 항 2 호와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

상해 급별	상해내용
1급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다)
	2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해
	3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해
	4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해
	5. 척주(등골뼈) 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해
	6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절
	7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절
	8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해
	9. 위팔 부위 완전 절단(팔꿈치관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해
	10. 불안정성 골반뼈 골절로 수술을 시행한 상해
	11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해
	12. 넓적다리 부위 완전 절단(무릎관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해
	13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부조직을 포함한 경우에 적용한다)
	14. 화상·좌창·괴사상처 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해
	15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해
	3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해
	4. 신장 파열로 수술한 상해
	5. 척주 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해
	6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 목뼈 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 목뼈고정기(할로베스트)나 수술적 고정술을 시행한 상해
	7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해
	8. 아래팔 완전 절단(손목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해
	9. 엉덩관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다)
	10. 넓적다리뼈머리 골절로 수술을 시행한 상해
	11. 넓적다리뼈 윗목부 분쇄 골절, 돌기 아랫부분 분쇄 골절, 관절융기 분쇄 골절, 정강이뼈(경골) 관절융기 분쇄 골절 또는 정강이뼈 먼쪽 관절 내 분쇄 골절
	12. 무릎관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해

	13. 종아리 완전 절단(발목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해
	14. 팔다리 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해
	15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
	3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해
	4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다)
	6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해
	7. 내부 장기 손상(장간막 파열을 포함한다)으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해
	8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해
	9. 어깨관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
	10. 위팔 부위 완전 절단(팔꿈치관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	11. 팔꿈치관절 부위 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
	12. 손목 부위 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	13. 넓적다리뼈 또는 정강이뼈 골절(넓적다리뼈머리 골절은 제외한다)
	14. 넓적다리 부위 완전 절단(무릎관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	15. 무릎관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열
	16. 발목관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
	17. 발목관절의 손상으로 발목뼈의 완전탈구가 동반된 상해
	18. 발목 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
	2. 각막 이식술을 시행한 상해
	3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다)
	5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다)
	6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	7. 상완신경총 불완전 손상(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다)으로 수술을 시행한 상해
	8. 위팔뼈목 골절
	9. 위팔뼈 몸통 분쇄성 골절
	10. 위팔뼈 위관절융기 또는 위팔뼈 먼쪽 부위 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다)로 수술을 시행한 상해

	11. 노뼈 먼쪽 부위 골절과 자뼈머리 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다)
	12. 자뼈 몸쪽 부위 골절과 노뼈머리 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다)
	13. 아래팔 완전 절단(손목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	14. 노손목관절 골절 및 탈구(손목뼈간 관절 탈구, 먼쪽 노자관절관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해
	15. 손목뼈 골절 및 탈구가 동반된 상해
	16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	17. 불안정성 골반뼈 골절로 수술하지 않은 상해
	18. 골반고리가 안정적인 골반뼈 골절(엉치뼈 골절 및 꼬리뼈 골절을 포함한다)로 수술을 시행한 상해
	19. 골반뼈 관절의 이개로 수술을 시행한 상해
	20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	21. 무릎관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	22. 종아리 완전 절단(발목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	23. 목말뼈 또는 발꿈치뼈 골절
	24. 무족지 또는 다발성 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	25. 팔다리의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해
	26. 화상, 좌창, 괴사상처 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해
	27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	2. 안와 골절에 의한 겹보임[복시(僕視)]으로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해
	3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해
	4. 안정성 추체 골절
	5. 상완 신경총 상부 몸통 또는 하부 몸통의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해
	6. 위팔뼈 몸통 골절
	7. 노뼈머리 또는 자뼈 갈고리돌기 골절로 수술을 시행한 상해
	8. 노뼈와 자뼈의 몸통 골절이 동반된 상해
	9. 노뼈 붓돌기 골절
	10. 노뼈 먼쪽부위 관절 내 골절
	11. 손목 손배뼈 골절
	12. 손목 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	13. 무지를 제외한 단일 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	14. 엉덩관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다)
	15. 엉덩관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	16. 넓적다리뼈머리 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
	17. 넓적다리뼈 또는 몸쪽 정강이뼈의 견열골절
	18. 무릎관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	19. 무릎관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열

	20. 무릎뼈 골절
	21. 발목관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다)
	22. 발목관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	23. 그 밖의 발목뼈 골절(목말뼈 및 발꿈치뼈는 제외한다)
	24. 발목발허리(리스프랑)관절 손상
	25. 3개 이상의 발허리뼈 골절로 수술을 시행한 상해
	26. 발목 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	27. 무족지를 제외한 단일 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	28. 아킬레스건, 무릎인대, 넓적다리 사두건 또는 넓적다리 이두건 파열로 수술을 시행한 상해
	29. 팔다리 근육 또는 힘줄 파열로 6개 이상의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상해
	30. 다발성 팔다리의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해
	31. 팔다리의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해
	32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해
	33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다)
	2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
	3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	4. 심장 타박
	5. 폐타박상(한쪽 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다)
	6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해
	7. 혈흉(혈액가슴증) 또는 기흉(공기가슴증)이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해
	8. 어깨관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해
	9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해
	10. 어깨관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	11. 어깨관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	12. 위팔뼈 대결절 견열 골절
	13. 위팔뼈 먼쪽 부위 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다)
	14. 팔꿈치관절 부위 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	15. 팔꿈치관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	16. 팔꿈치관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해
	17. 노뼈 몸통 또는 먼쪽 부위 관절외 골절
	18. 노뼈목 골절
	19. 자뼈 팔꿈치머리 부위 골절
	20. 자뼈 몸통 골절(몸쪽 부위 골절은 제외한다)
	21. 다발성 손목손허리뼈 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구
	22. 무지 또는 다발성 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	23. 무릎관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	24. 무릎관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해
	25. 반월상(반달모양) 연골 파열로 수술을 시행한 상해

	26. 발목관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	27. 발목관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 먼쪽 정강이뼈·종아리뼈 분리
	28. 2개 이하의 발허리뼈 골절로 수술을 시행한 상해
	29. 무족지 또는 다발성 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	30. 팔다리 근육 또는 힘줄 파열로 3 ~ 5개의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상해
	31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 다발성 얼굴 머리뼈 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 얼굴 머리뼈 골절
	2. 겹보임을 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해
	3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해
	4. 골다공증성 척추 압박골절
	5. 쇄골(빗장뼈) 골절
	6. 어깨뼈(어깨뼈가시, 어깨뼈몸통, 가슴우리 탈구, 어깨뼈목, 봉우리돌기 및 부리돌기 포함) 골절
	7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열
	8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	9. 노뼈머리 또는 자뼈 갈고리돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
	10. 자뼈 붓돌기 기저부 골절
	11. 삼각섬유연골 복합체 손상
	12. 노손목관절 탈구(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해
	13. 노손목관절 골절 및 탈구(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해
	14. 손배뼈 외 손목뼈 골절
	15. 손목 부위 손배뼈·반달뼈 사이 인대 파열
	16. 손목손허리뼈 관절의 탈구 또는 골절탈구
	17. 다발성 손허리뼈 골절
	18. 손허리손가락관절의 골절 및 탈구
	19. 무지를 제외한 단일 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	20. 골반뼈 관절의 분리로 수술을 시행하지 않은 상해
	21. 엉덩관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	22. 종아리뼈 몸통 골절 또는 뼈머리 골절
	23. 발목관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	24. 발목관절 내과, 외과 또는 후과 골절
	25. 무족지를 제외한 단일 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
	2. 위턱뼈, 아래턱뼈, 이틀뼈 등의 얼굴 머리뼈 골절
	3. 외상성 시신경병증
	4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해

	5. 복합 고막 파열
	6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해
	7. 3개 이상의 다발성 갈비뼈 골절
	8. 각종 돌기 골절(극돌기, 가로돌기) 또는 후궁 골절
	9. 어깨관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	10. 위팔뼈 위관절융기 또는 위팔뼈 먼쪽 부위 관절 내 골절(경과 골절, 과간 골절. 내과 골절, 작은 머리 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해
	11. 팔꿈치관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	12. 손허리뼈 골절
	13. 손가락뼈의 몸쪽 손가락뼈 사이 또는 먼쪽 손가락뼈 사이 골절 탈구
	14. 다발성 손가락뼈 골절
	15. 무지 손허리손가락관절 측부인대 파열
	16. 골반고리가 안정적인 골반뼈 골절(엉치뼈 골절 및 꼬리뼈 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해
	17. 무릎관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
	18. 3개 이상의 발허리뼈 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
	19. 손발가락뼈 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
	20. 팔다리의 근육 또는 힘줄 파열로 하나 또는 두 개의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상해
	21. 팔다리의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	22. 팔다리의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해
	23. 팔다리의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해
	24. 팔다리의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해
	25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	1. 얼굴 부위의 코뼈 골절로 수술을 시행한 상해
	2. 2개 이하의 단순 갈비뼈 골절
	3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해
	4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해
	5. 복장뼈(흉골) 골절
	6. 추간판 탈출증
	7. 흉쇄관절 탈구
	8. 팔꿈치관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
	9. 노손목관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)
	10. 손가락뼈 골절로 수술을 시행한 상해
	11. 손가락관절 탈구
	12. 무릎관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
	13. 2개 이하의 발허리뼈 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
	14. 발가락뼈 골절 또는 발가락관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절
	16. 아킬레스건, 무릎인대, 넓적다리 사두건 또는 넓적다리 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해

	17. 손가락·발가락 폄근힘줄 1개의 파열로 힘줄 봉합술을 시행한 상해
	18. 팔다리의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해
	19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3cm 이상 얼굴 부위 찢김상처(열상)
	2. 안검과 누소관 찢김상처로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해
	3. 각막, 공막 등의 찢김상처로 일차 봉합술만 시행한 상해
	4. 어깨관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
	5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해
	6. 손발가락관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	7. 하지 3대 관절의 혈관절증
	8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해
	9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	1. 뇌진탕
	2. 얼굴 부위의 코뼈 골절로 수술을 시행하지 않는 상해
	3. 손가락뼈 골절 또는 손가락관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	4. 발가락뼈 골절 또는 발가락관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애
	2. 3cm 미만 안면부 찢김상처
	3. 척추 염좌
	4. 팔다리 관절의 근육 또는 힘줄의 단순 염좌
	5. 팔다리의 찢김상처로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다)
	6. 팔다리 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 찢김상처로 일차 봉합술을 시행한 상해
	2. 단순 고막 파열
	3. 흉부 타박상으로 갈비뼈 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해
	4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 내부장기 손상(장간막파열을 포함한다)으로 수술을 시행하지 않은 상해
	2. 손발가락 관절 염좌
	3. 팔다리의 단순 타박
	4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해
2. 영역별 세부지침	
영역	내용

공통		가. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해부터 하위 3등급(예: 상해내용이 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상(이하 "병급"이라 한다)한다.
		나. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 각각의 상해 등급별 금액을 배상하되, 그 합산액이 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 배상한다.
		다. 1개의 상해에서 2개 이상의 상향 또는 하향 조정의 요인이 있을 때 등급 상향 또는 하향 조정은 1회만 큰 폭의 조정을 적용한다. 다만, 상향 조정 요인과 하향 조정 요인이 여러 개가 함께 있을 때에는 큰 폭의 상향 또는 큰 폭의 하향 조정 요인을 각각 선택하여 함께 반영한다.
		라. 재해 발생 시 만 13세 미만인 사람은 소아로 인정한다.
		마. 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술, 유경 피판술, 원거리 피판술, 국소 피판술이나 피부 이식술을 시행할 경우 안면부는 1등급 상위등급을 적용하고, 수부, 족부에 국한된 손상에 대해서는 한 등급 아래의 등급을 적용한다.
머리		가. "뇌손상"이란 국소성 뇌손상인 외상성 머리뼈안의 출혈(경막상·하 출혈, 뇌실 내 및 뇌실질 내 출혈, 거미막하 출혈 등을 말한다) 또는 경막하 수활액낭종, 거미막 낭종, 머리뼈 골절(머리뼈 기저부 골절을 포함한다) 등과 미만성 축삭손상을 포함한 뇌좌상을 말한다.
		나. 4급 이하(4급에서 14급까지를 말한다)에서 의식 외에 뇌신경 손상이나 국소성 신경학적 이상 소견이 있는 경우 한 등급을 상향조정할 수 있다.
		다. 신경학적 증상은 글라스고우 혼수척도(Glasgow coma scale)로 구분하며, 고도는 8점 이하, 중등도는 9 ~ 12점, 경도는 13 ~ 15점을 말한다.
		라. 글라스고우 혼수척도는 진정치료 전에 평가하는 것을 원칙으로 한다.
		마. 글라스고우 혼수척도 평가 시 의식이 있는 상태에서 기관지 삽관이 필요한 경우는 제외한다.
		바. 의무기록 상 의식상태가 혼수(coma)와 반혼수(semicoma)는 고도, 혼미(stupor)는 중등도, 기면(drowsy)은 경도로 본다.
		사. 두피 타박상, 찢김상처(열창)은 14급으로 본다.
		아. 만성 경막하 혈종으로 수술을 시행한 경우에는 6급 2호를 적용한다.
		자. 외상 후 급성 스트레스 장애는 다른 진단이 전혀 없이 단독 부상 및 질병으로 외상 후 1개월 이내 발병된 경우에 적용한다.
흉·복부		심장타박(6급)의 경우, ①심전도에서 Tachyarrythmia 또는 ST변화 또는 부정맥, ②심초음파에서 심장막액증가소견이 있거나 심장벽운동저하, ③심장효소치증가(CPK-MB, and Troponin T)의 세가지 요구 충족 시 인정한다.
척추		가. 완전 마비는 근력등급 3 이하인 경우이며, 불완전 마비는 근력등급 4인 경우로 정한다.
		나. 척추관 협착증이나 추간판 탈출증이 외상으로 증상이 발생한 경우나 악화된 경우는 9급으로 본다.
		다. 척주 손상으로 인하여 신경근증 이나 감각이상을 호소하는 경우는 9급으로 본다.
		라. 마미증후군은 척수손상으로 본다.
팔·다리	공통	가. 2급부터 11급까지의 내용 중 팔다리 골절에서 별도로 상해 등급이 규정되지 않은 경우, 보존적 치료를 시행한 골절은 해당 등급에서 2급 낮은 등급을 적용하며, 도수 정복 및 경피적 핀고정술을 시행한 경우에는 해당 등급에서 1급 낮은 등급을 적용한다.
		나. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절 또는 탈구에서 거스틸로 2형 이상(개방창의 길이가 1cm 이상인 경우를 말한다)의 개방성 골절 또는 탈구에서만 1등급 상위 등급을 적용한다.
		다. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 "수술적 치료를 시행하지 않은"이라고 명기되지 않은 각 등급 손상 내용은 수술적 치료를 시행한 경우를 말하며, 보존적 치료를 시행한 경우가 따로 명시되지 않은 경우는 두 등급 하향 조정함을 원칙으로 한다.

		라. 양측 또는 단측을 별도로 규정한 경우에는 병합하지 않으나, 별도 규정이 없는 양측 손상인 경우에는 병합한다.
		마. 골절에 주요 말초신경의 손상 동반 시 해당 골절보다 1등급 상위 등급을 적용한다.
		바. 재접합술을 시행한 절단소실의 경우 해당부위의 절단보다 2급 높은 등급을 적용한다.
		사. 아절단은 완전 절단에 준한다.
		아. 관절 분리절단의 경우는 상위부 절단으로 본다.
		자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다.
		차. 팔다리 근육 또는 힘줄의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근육 또는 힘줄의 단순 염좌(12급)로 본다.
		카. 팔다리 관절의 인공관절 재치환 시 해당 부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다.
		타. 보존적으로 치료한 팔다리 주요관절 골절 및 탈구는 해당관절의 골절 및 탈구보다 3등급 낮은 등급을 적용한다.
		파. 수술을 시행한 팔다리 주요 관절 탈구는 해당 관절의 보존적으로 치료한 탈구보다 2등급 높은 등급을 적용한다.
		하. 동일 관절 혹은 동일 골의 손상은 병합하지 않으며 상위 등급을 적용한다
		거. 분쇄 골절을 형성하는 골절선은 선상(선모양) 골절이 아닌 골절선으로 판단한다.
		너. 손발가락 절단 시 절단부위에 따른 차이는 두지 않는다.
		더. “근육(근), 힘줄(건), 인대 파열”이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다.
		러. 팔다리뼈 골절 중 상해등급에서 별도로 명시하지 않은 팔다리뼈 골절(견연골절을 포함한다)은 제불완전골절로 본다. 다만, 개방정복(피부와 근육 절개 후 골절된 뼈를 바로잡는 시술을 말한다)을 시행한 경우는 해당 부위 골절 항에 적용한다.
		머. 팔다리뼈 골절 시 시행한 외고정술도 수술을 한 것으로 본다.
		버. 소아의 경우, 성인의 동일 부위 골절보다 1급 낮게 적용한다. 다만, 성장판 손상이 동반된 경우와 연부조직 손상은 성인과 동일한 등급을 적용한다.
		서. 주요 동맥 또는 정맥 파열로 봉합술을 시행한 상해의 경우, 주요 동맥 또는 정맥이란 수술을 통한 혈해으이 확보가 의학적으로 필요한 경우를 말하며, “다발성 혈관 손상”이란 2개 부위 이상의 주요 동맥 또는 정맥의 손상을 말한다.
	팔	가. 상부관절순 파열은 외상성 파열만 인정한다.
		나. 회전근개 파열 개수에 따른 차등을 두지 않는다.
		다. 6급의 어깨관절 탈구에서 재발성 탈구를 초래할 수 있는 해부학적 병변이 병발된 경우는 수술 여부에 상관없이 6급을 적용한다.
		라. 견봉 쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉 쇄골간 인대 파열은 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열에 포함되고, 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열로 수술한 경우 7급을 적용하며, 부분 파열로 보존적 치료를 시행한 경우 9급을 적용하고, 단순 염좌의 경우 12급을 적용한다.
	다리	가. 양측 두덩뼈가지(치골지) 골절, 두덩뼈(치골) 위아래 가지 골절 등에서는 병급하지 않는다.
		나. 엉치뼈 골절, 꼬리뼈 골절은 골반뼈 골절로 본다.
		다. 무릎관절 십자인대 파열은 전후방 십자인대의 동시 파열이 별도로 규정되어 있으므로 병급하지 않으나 내외측 측부인대 동시 파열, 십자인대와 측부인대 파열, 반월상 연골판 파열 등은 병급한다.
		라. 후경골건 및 전경골건 파열은 발목관절 측부인대 파열로 수술을 시행한 경우의 등급으로 본다.
		마. 넓적다리뼈 또는 정강이뼈·종아리뼈의 견열성 골절의 경우, 동일 관절의 인대 손상에 대하여 수술적 치료를 시행한 경우는 인대 손상 등급으로 본다.

		바. 정강이뼈 후과의 단독 골절 시 족관절 내과 또는 외과의 골절로 본다.
		사. 엉덩관절이란 넓적다리뼈머리 와 골반뼈의 비구를 포함하며, "골절 탈구"란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다.
		아. 불안정성 골반 골절은 골반고리를 이루는 골간의 골절 탈구를 포함한다.
		자. "다리의 3대 관절"이란 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절을 말한다.
		차. 무릎관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열은 완전파열(또는 이에 준하는 파열)로 인대 복원수술을 시행한 파열에 적용한다.
		카. 골반고리가 안정적인 골반뼈의 수술을 시행한 골절은 두덩뼈 골절로 수술한 경우 등을 포함한다.

【별표 34】 대상포진 분류표

약관에서 규정하는 '대상포진'으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 대상포진 해당여부를 판단합니다.

대상감염병	분류번호
대상포진	B02

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표 35】 대상포진눈병 분류표

약관에서 규정하는 '대상포진눈병'으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 대상포진눈병 해당여부를 판단합니다.

대상감염병	분류번호
대상포진눈병	B02.3

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표 36】 통풍 분류표

약관에서 규정하는 '통풍'으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 통풍 해당여부를 판단합니다.

대상감염병	분류번호
통풍	M10

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표 37】 1~5 종 분류표

Ⅰ. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25 ㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25 ㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외)	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒). 치은. 치근(齒根) . 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(코뼈)(鼻骨). 비중격(코중격)(鼻中隔). 상악골(上顎骨). 하악골(아래턱뼈)(下顎骨). 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(코뼈) (鼻骨) 수술 [비중격(코중격) 만곡증(彎曲症)수술 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(아래턱뼈) (下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(빗장뼈) (鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(복장뼈) (胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술 (다지증에 대한 절단수술은 제외함)	-
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술[골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계·흉부 (胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1

	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격동(세로칸)종양, 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술 (하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacem aker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선(턱밑샘), 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도이단술(식도절단술)(食道離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5

	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술[개복술을 수반하는 것] (단, 직장탈근본수술은 제외)	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1
비뇨기계·생식기계의 수술 (인공임신중절수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	58. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술[개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5

	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 포함)	1
	64. 눈물소관(눈물길)성형술 (누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72 망막박리(網膜剝離) 수술	2
	73 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외]	1
	74 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술	2
	75 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	76 안와내종양절제수술	3
	77 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	79 관혈적 고막(鼓膜) 성형술[고막 패치술은 제외]	2
	80 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81 중이(中耳) 관혈수술[중이내 튜브유치술 제외]	2
	82 중이내(中耳內) 튜브유치술[고막 패치술은 제외]	1
	83 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외)	1
	88 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter). 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술	-

	881. 뇌, 심장	3
	882. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	883. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

1) 상기 1~85 항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 86 항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강 경에 의한 수술은 해당부위(1 ~ 85 항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술 종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery)(단, 기타피부암(C44) 제외) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터. 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물 수술	3

1) 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.

2) 카테터(Catheter)를 이용한 흡인. 천자. 약물주입요법은 포함하지 않습니다.

3) 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5 종 수술로 인정합니다.

Ⅲ. 악성신생물 근치. 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

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

(1-5 종 수술분류표 사용 지침)

1. ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 “1~5 종 수술분류표”에서 정한 행위(기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것)을 말합니다.

또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2. ‘관혈(觀血)’수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 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 또는 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. <1-5 종 수술분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준: <1-5 종 수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 “수술”의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선 조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

가. <1-5 종 수술분류표> 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <1-5 종 수술분류표> 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

나. 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1-5 종 수술분류표> 중 'Ⅰ.일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 86 항 (악성신생물의 경우는 'Ⅱ. 악성신생물 치료목적의 수술' 2 항)을 우선 적용합니다.

6. ‘악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료’라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물을 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 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.

가. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

나. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치

다. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

라. 미용성형 목적의 수술

마. 피임(避妊) 목적의 수술

바. 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술

사. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

【별표 38】 충수염 분류표

약관에서 규정하는 '충수염'으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 충수염 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
충수의 질환	K35 ~ K38

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 39】 온열질환 분류표

약관에서 규정하는 '온열질환'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 온열질환 해당여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
열사병 및 일사병	T67.0
열실신	T67.1
열경련	T67.2
탈수성 열탈진 염분 상실에 의한 열탈진 상세불명의 열탈진	T67.3 T67.4 T67.5
일과성 열피로	T67.6
열성 부종	T67.7
열 및 빛의 기타 영향 열 및 빛의 상세불명의 영향	T67.8 T67.9

제 9 차 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 40】 7 대질병 분류표

약관에 규정하는 7대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병. 사인 분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 7대질병 해당여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
심장질환	1. 급성 류마티스열 2. 만성류마티스 심장질환 3. 허혈성 심장질환 4. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 5. 기타 형태의 심장병 6. 칸디다심내막염 7. 수막구균성 심낭염 8. 수막구균성 심내막염 9. 수막구균성 심근염 10. 수막구균성 심장염 NOS	I00~I02 I05~I09 I20~I25 I26~I28 I30~I52 B37.6 A39.5 A39.5 A39.5 A39.5
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	1. 바이러스 간염 2. 간의 질환 3. 거대세포바이러스성 간염 4. 톡소포자충간염	B15~B19 K70~K77 B25.1 B58.1
고혈압	1. 본태성(원발성) 고혈압 2. 고혈압성 심장병 3. 고혈압성 신장병 4. 고혈압성 심장 및 신장질환 5. 이차성 고혈압 6. 고혈압성 뇌병증 7. 고혈압성 망막병증	I10 I11 I12 I13 I15 I67.4 H35.02
당뇨병	1. 1형 당뇨병 2. 2형 당뇨병 3. 영양실조-관련 당뇨병 4. 기타명시된 당뇨병 5. 상세불명의 당뇨병 6. 당뇨병성 단일신경병증 7. 당뇨병성 다발신경병증 8. 당뇨병성 백내장 9. 당뇨병성 망막병증 10. 당뇨병성 관절병증 11. 당뇨병에서의 사구체장애	E10 E11 E12 E13 E14 G59.0 G63.2 H28.0 H36.0 M14.2 N08.3
만성 하부호흡기 질환	1. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 2. 단순성 및 점액화농성만성기관지염 3. 상세불명의 만성 기관지염 4. 천식 5. 천식지속상태	J40 J41 J42 J45 J46
위궤양 및 십이지장궤양	1. 위궤양 2. 십이지장궤양 3. 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27

제 9 차 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 41】 21 대질병 분류표

약관에 규정하는 21대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병. 사인 분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 21대질병 해당여부를 판단합니다.

구분		분류항목		분류번호
13대 질병	고혈압	고혈압성 질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
			고혈압성 심장병	I11
			고혈압성 신장병	I12
			고혈압성 심장 및 신장병	I13
			이차성 고혈압	I15
		고혈압성 합병증	고혈압성 뇌병증	I67.4
			배경망막병증 및 망막혈관변화 (고혈압성 망막병증)	H35.0
			제외 - 고혈압성 이외의 망막병증 및 망막혈관변화	
	당뇨병	당뇨병 질환	1형 당뇨병	E10
			2형 당뇨병	E11
			영양실조 관련 당뇨병	E12
			기타 명시된 당뇨병	E13
			상세불명의 당뇨병	E14
		당뇨병성 합병증	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
			당뇨병성 다발신경병증	G63.2
			당뇨병성 백내장	H28.0
			당뇨병성 망막병증	H36.0
			당뇨병성 관절병증	M14.2
			당뇨병에서의 사구체장애	N08.3
	심장질환	급성 류마티스열		I00 ~ I02
		만성 류마티스 심장질환		I05 ~ I09
		허혈심장질환		I20 ~ I25
		폐성 심장병 및 폐순환의 질환		I26 ~ I28
		기타 형태의 심장병		I30 ~ I52
	뇌혈관질환	뇌혈관 질환		I60 ~ I69
	간 질 환	바이러스 간염		B15 ~ B19
		간의 질환		K70 ~ K77
	위궤양 및 십이지장궤양	위궤양		K25
		십이지장궤양		K26
		상세불명 부위의 소화성 궤양		K27
	갑상선질환	갑상선의 장애		E00 ~ E07,
		처치후 갑상선기능저하증		E89.0
		방사선조사후 갑상선기능저하증		
		수술후 갑상선기능저하증		

	동맥경화증	죽상경화증	I70
	만성 하부호흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액화농성 만성기관지염 상세불명의 만성기관지염 천식 천식지속상태	J40 J41 J42 J45 J46
	폐 렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴 폐렴연쇄알균에 의한 폐렴 인플루엔자균에 의한 폐렴 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴 달리 분류된 질환에서의 폐렴 상세불명 병원체의 폐렴 재향군인병 폐렴이 합병된 홍역	J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 A48.1 B05.2
	녹 내 장	녹내장 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H40 H42
	결 핵	결핵 결핵의 후유증	A15 ~ A19 B90
	신 부 전	신부전	N17 ~ N19
다발성 3대 질병	관 절 염	감염성 관절병증 염증성 다발관절병증 (당뇨병성 관절병증 제외) 관절증 기타 관절 장애	M00 ~ M03 M05 ~ M14 (M14.2) M15 ~ M19 M20 ~ M25
	백 내 장	노년 백내장 기타 백내장 수정체의 기타장애	H25 H26 H27
	생식기 질환	남성생식기의 질환 (남성불임 제외) 여성골반내 기관의 염증성 질환 여성생식기관의 비염증성 장애 (습관적 유산자 제외) (여성불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외) 달리 분류되지않은 비뇨생식계통의 처치후장애	N40~N45,N47~N51 N70 ~ N77 N80 ~ N95 N99
4대 질병	4대 질병	담석증 사타구니 탈장 편도 및 아데노이드의 만성 질환 만성 부비동염	K80 K40 J35 J32

치핵	치핵	치핵 및 항문주위정맥혈전증 포함 - 치질 제외 - 출산 및 산후기 합병(O87.2), 임신 합병(O22.4)	K64

주1) 당뇨병(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음.(자세한 내용은 「한국표준질병사인분류」를 참고)

주2) 제9차 개정이후 한국표준질병.사인분류에 있어서 상기 항목이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

주3) 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 한국표준질병사인분류 기준에 의거하여 상기 '13대질병' 중 일부는 아래와 같이 동시 진단될 수 있으며, 동시 진단가능 코드가 기재된 진단서를 제출한 경우에도 보험금을 지급합니다.

13대질병 대상코드		동시 진단 가능 코드	
대상이 되는 질병	분류번호	대상이 되는 질병	분류번호
뼈 및 관절의 결핵	A18.0+	결핵 관절염	M01.1*
		척추의 결핵	M49.0*
		뼈의 결핵	M90.0*
비뇨생식계통의 결핵	A18.1+	결핵성 방광염	N33.0*
		자궁경부의 결핵감염	N74.0*
		여성 결핵성 골반염증질환	N74.1*
장,복막 및 장간막 림프절의 결핵	A18.3+	결핵성 복막염	K67.3*
		장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0*
갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05-+	갑상선이상성 안구돌출	H06.2*
달리 분류된 질환에서의 상세불명 판막의 심내막염	I39.8*	칸디다심내막염	B37.6+
달리 분류된 바이러스질환에서의 폐렴	J17.1*	거대세포바이러스폐렴	B25.0+
		폐렴이 합병된 홍역	B05.2+
		수두폐렴	B01.2+
기생충질환에서의 폐렴	J17.3*	폐톡소포자충증	B58.3+
달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 간장애	K77.0*	거대세포바이러스간염	B25.1+
		톡소포자충간염	B58.1+
달리 분류된 세균성 질환에서의 심장막염	I32.0*주)	수막알균성 심낭염	A39.5+

달리 분류된 질환에서의 상세불명 판막의 심내막염	I39.8*주)	수막알균성 심내막염	A39.5+
달리 분류된 세균성 질환에서의 심근염	I41.0*주)	수막알균성 심근염	A39.5+
달리 분류된 세균성 질환에서의 기타 심장장애	I52.0*주)	수막알균성 심장염 NOS	A39.5+

주1) I32.0~I52.0은 약관상 동시에 보장하고 있는 경우만 A39.5+도 보장합니다.

즉, I32.0~I52.0 중 일부만 보장하는 경우 A39.5+는 보장하지 않습니다.

주2) 한국표준질병사인분류 기준에 의거하여 상기 '다발성3대질병' 중 일부는 아래와 같이 동시 진단될 수 있으며, 동시 진단 가능 코드가 기재된 진단서를 제출한 경우에도 보험금을 지급합니다.

다발성3대질병 대상코드		동시 진단 가능 코드	
대상이 되는 질병	분류번호	대상이 되는 질병	분류번호
류마티스 폐질환	M05.1+	류마티스 폐질환	J99.0*
달리 분류된 질환에서의 전립선장애	N51.0*	편모충성 전립선염	A59.08+
		전립선의 결핵	A18.14+
달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애	N51.1*	볼거리고환염	B26.0+
		부고환의 결핵	A18.14+
자궁경부의 결핵감염	N74.0*	여성 생식기관의 결핵	A18.17+
결핵성 자궁내막염	N74.1*		

주1) N51.0~N51.1은 약관상 동시에 보장하고 있는 경우만 A18.14+도 보장합니다

즉, N51.0~N51.1중 일부만 보장하는 경우 A18.14+는 보장하지 않습니다.

주2) N74.0~N74.1은 약관상 동시에 보장하고 있는 경우만 A18.17+도 보장합니다.

즉, N74.0~N74.1중 일부만 보장하는 경우 A18.17+는 보장하지 않습니다.

제 9 차 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 42】 정신질환 분류표

약관에 규정하는 정신질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병. 사인 분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 정신질환 해당여부를 판단합니다.

대상질병 그룹	분류번호
1. 알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애	F10
2. 기타 정신활성물질 사용에 의한 정신 및 행동장애	F11 ~ F19
3. 정신분열증, 분열형 및 망상성 장애	F20 ~ F29
4. 기분(정동성) 장애	F30 ~ F39
5. 신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애	F40 ~ F48
6. 정신 지연	F70 ~ F79
7. 기타 정신 및 행동장애	F04~F09, F50~F69, F80~F99

제9차 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 43】 유독성 물질에 의한 불의의 중독 및 노출 분류표

약관에 규정하는 '유독성 물질에 의한 불의의 중독 및 노출'로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말하며 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 유독성 물질에 의한 불의의 중독 및 노출 해당여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
비아편유사진통제, 해열제 및 항류마티스제에 의한 불의의 중독 및 노출	X40
달리 분류되지 않은 항뇌전증제, 진정제-최면제, 항파킨슨제, 정신작용약물에 의한 불의의 중독 및 노출	X41
달리 분류되지 않은 마약 및 환각제에 의한 불의의 중독 및 노출	X42
자율신경계통에 작용하는 기타 약물에 의한 불의의 중독 및 노출	X43
기타 및 상세불명의 약물, 약제 및 생물학적 물질에 의한 불의의 중독 및 노출	X44
알코올에 의한 불의의 중독 및 노출	X45
유기용제 및 할로겐화 탄화수소 및 그 휘발물질에 의한 불의의 중독 및 노출	X46
기타 가스 및 휘발성 물질에 의한 불의의 중독 및 노출	X47
유해생물방제제(농약)에 의한 불의의 중독 및 노출	X48
기타 및 상세불명의 화학물 및 독성 물질에 의한 불의의 중독 및 노출	X49

제9차 이후 상기 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표 44】 유산 분류표

약관에서 규정하는 유산으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 유산 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 자궁외 임신	O00
2. 포상기태	O01
3. 기타 비정상적 수태부산물	O02
4. 자연유산	O03
5. 의학적 유산	O04
6. 기타유산	O05
7. 상세불명의 유산	O06
8. 시도된 유산의 실패	O07
9. 유산, 자궁외 임신 및 기태임신에 따른 합병증	O08

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 45】 만성당뇨합병증대상질병 분류표

약관에서 규정하는 '만성당뇨합병증'으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호
1형 당뇨병	신장합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.2
	눈합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.3
	신경학적 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.4
	말초순환계 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.5
2형 당뇨병	신장합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.2
	눈합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.3
	신경학적 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.4
	말초순환계 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.5
영양실조-관련 당뇨병	신장합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.2
	눈합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.3
	신경학적 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.4
	말초순환계 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.5
기타 명시된 당뇨병	신장합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.2
	눈합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.3
	신경학적 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.4
	말초순환계 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.5
상세불명의 당뇨병	신장합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.2
	눈합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.3
	신경학적 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.4
	말초순환계 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.5
기타 당뇨병성 합병증	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 46】 골절(1~5 종) 분류표

① 약관에서 규정하는 골절(1~5 종)으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절(1~5 종) 해당여부를 판단합니다.

종구분	분류항목	분류번호
1종	치아의 파절 및 파절치	S02.5
	얼굴의 으깸손상	S07.0
	두개골의 으깸손상	S07.1
	머리의 기타부분의 으깸손상	S07.8
	머리의 상세불명 부분의 으깸손상	S07.9
	머리의 상세불명의 손상	S09.9
	늑골골절	S22.3
	골성흉곽의 상세불명 부분의 골절	S22.9
	견갑대의 상세불명 부분의 골절	S42.9
	척골상단의 골절	S52.0
	요골상단의 골절	S52.1
	척골몸통의 골절	S52.2
	요골몸통의 골절	S52.3
	요골하단의 골절	S52.5
	아래팔의 기타부분의 골절	S52.8
	아래팔의 상세불명 부분의 골절	S52.9
	손 주상골의 골절	S62.0
	기타 수근골의 골절	S62.1
	제1중수골의 골절	S62.2
	기타 중수골 골절	S62.3
	엄지손가락의 골절	S62.5
	기타손가락의 골절	S62.6
	아래다리의 상세불명 부분의 골절	S82.9
	기타 족근골(발목뼈)의 골절	S92.2
	중족골(발바닥뼈)의 골절	S92.3
	엄지발가락(족무지)의 골절	S92.4
	기타발가락의 골절	S92.5
	발의 상세불명 골절	S92.9
	미추의 골절	S32.2
2종	두개저의 골절	S02.1
	비골의 골절	S02.2
	하악골의 골절	S02.6
	목의 기타부분의 골절	S12.8

	흉추의 골절	S22.0
	흉골의 골절	S22.2
	골성흉곽의 기타부분의 골절	S22.8
	요추의 골절	S32.0
	천골(薦骨)의 골절	S32.1
	장골의 골절	S32.3
	치골의 골절	S32.5
	견갑골의 골절	S42.1
	상완골의 상단의 골절	S42.2
	상완골 몸통의 골절	S42.3
	상완골 하단의 골절	S42.4
	손가락의 다발골절	S62.7
	무릎뼈의 골절	S82.0
	경골 상단의 골절	S82.1
	경골 몸통의 골절	S82.2
	경골 하단의 골절	S82.3
	비골만의 골절	S82.4
	안쪽복사의 골절	S82.5
	외측복사의 골절	S82.6
	아래다리의 기타부분의 골절	S82.8
	종골(발뒤꿈치)의 골절	S92.0
	목과 함께 머리를 침범한 골절	T02.0
	척추의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성	T08.0
	팔의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성	T10.0
	다리의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성	T12.0
	상세불명의 신체부위의 골절	T14.2
	안와바닥의 골절	S02.3
	발의 다발골절	S92.7
	손목 및 손의 기타 및 상세불명 부분의 골절	S62.8
	어깨 및 위팔의 기타부분의 골절	S42.8
	거골(발목뼈중가장위쪽뼈)의 골절	S92.1
	척골과 요골 모두의 몸통골절	S52.4
	척골과 요골 모두의 하단골절	S52.6
	쇄골의 골절	S42.0
3종	두개원개의 골절	S02.0
	광대뼈 및 상악골의 골절	S02.4
	제1경추의 골절	S12.0
	제2경추의 골절	S12.1
	기타 명시된 경추의 골절	S12.2

	목의 상세불명 부분의 골절	S12.9
	흉추의 다발골절	S22.1
	늑골의 다발골절	S22.4
	아래팔의 다발골절	S52.7
	중수골의 다발골절	S62.4
	대퇴골전자부골절	S72.1
	대퇴골몸통의 골절	S72.3
	대퇴골하단의 골절	S72.4
	대퇴골의 기타부분의 골절	S72.8
	대퇴골의 상세불명 부분의 골절	S72.9
	다리와 함께 팔의 여러부위를 침범한 골절	T02.6
	기타 신체부위를 복합적으로 침범한 골절	T02.8
	상세불명의 다발성 골절	T02.9
	팔의 상세불명 부위의 골절, 개방성	T10.1
	척추의 상세불명 부위의 골절, 개방성	T08.1
	한 쪽 팔의 여러부위를 침범한 골절	T02.2
	한 쪽 다리의 여러부위를 침범한 골절	T02.3
	양측 팔의 여러부위를 침범한 골절	T02.4
	양측다리의여러부위를침범한골절	T02.5
	아래다리의 다발골절	S82.7
	쇄골,견갑골 및 상완골의 다발골절	S42.7
	다리의 상세불명 부위의 골절, 개방성	T12.1
4종	기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
	두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9
	경추의 다발골절	S12.7
	동요가슴	S22.5
	요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 골절	S32.8
	대퇴골 경부의 골절	S72.0
	전자하골절	S72.2
	절구의 골절	S32.4
	아래등 및 골반과 함께 흉부를 침범한 골절	T02.1
5종	두개골 및 안면골을 침범하는 다발골절	S02.7
	요추 및 골반의 다발골절	S32.7
	아래등, 골반 및 사지와 함께 흉부를 침범한 골절	T02.7
	대퇴골의 다발골절	S72.7

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 47】 골절(치아파절 제외, 1~5 종) 분류표

①약관에서 규정하는 골절(치아파절 제외, 1~5 종)으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절(치아파절 제외, ~5 종) 해당여부를 판단합니다.

종구분	분류항목	분류번호
1종	얼굴의 으깸손상	S07.0
	두개골의 으깸손상	S07.1
	머리의 기타부분의 으깸손상	S07.8
	머리의 상세불명 부분의 으깸손상	S07.9
	머리의 상세불명의 손상	S09.9
	늑골골절	S22.3
	골성흉곽의 상세불명 부분의 골절	S22.9
	견갑대의 상세불명 부분의 골절	S42.9
	척골상단의 골절	S52.0
	요골상단의 골절	S52.1
	척골몸통의 골절	S52.2
	요골몸통의 골절	S52.3
	요골하단의 골절	S52.5
	아래팔의 기타부분의 골절	S52.8
	아래팔의 상세불명 부분의 골절	S52.9
	손 주상골의 골절	S62.0
	기타 수근골의 골절	S62.1
	제1중수골의 골절	S62.2
	기타 중수골 골절	S62.3
	엄지손가락의 골절	S62.5
	기타손가락의 골절	S62.6
	아래다리의 상세불명 부분의 골절	S82.9
	기타 족근골(발목뼈)의 골절	S92.2
	중족골(발바닥뼈)의 골절	S92.3
	엄지발가락(족무지)의 골절	S92.4
	기타발가락의 골절	S92.5
	발의 상세불명 골절	S92.9
	미추의 골절	S32.2
2종	두개저의 골절	S02.1
	비골의 골절	S02.2
	하악골의 골절	S02.6
	목의 기타부분의 골절	S12.8
	흉추의 골절	S22.0
	흉골의 골절	S22.2

	골성흉곽의 기타부분의 골절	S22.8
	요추의 골절	S32.0
	천골(薦骨)의 골절	S32.1
	장골의 골절	S32.3
	치골의 골절	S32.5
	견갑골의 골절	S42.1
	상완골의 상단의 골절	S42.2
	상완골 몸통의 골절	S42.3
	상완골 하단의 골절	S42.4
	손가락의 다발골절	S62.7
	무릎뼈의 골절	S82.0
	경골 상단의 골절	S82.1
	경골 몸통의 골절	S82.2
	경골 하단의 골절	S82.3
	비골만의 골절	S82.4
	안쪽복사의 골절	S82.5
	외측복사의 골절	S82.6
	아래다리의 기타부분의 골절	S82.8
	종골(발뒤꿈치)의 골절	S92.0
	목과 함께 머리를 침범한 골절	T02.0
	척추의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성	T08.0
	팔의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성	T10.0
	다리의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성	T12.0
	상세불명의 신체부위의 골절	T14.2
	안와바닥의 골절	S02.3
	발의 다발골절	S92.7
	손목 및 손의 기타 및 상세불명 부분의 골절	S62.8
	어깨 및 위팔의 기타부분의 골절	S42.8
	거골(발목뼈중가장위쪽뼈)의 골절	S92.1
	척골과 요골 모두의 몸통골절	S52.4
	척골과 요골 모두의 하단골절	S52.6
	쇄골의 골절	S42.0
3종	두개원개의 골절	S02.0
	광대뼈 및 상악골의 골절	S02.4
	제1경추의 골절	S12.0
	제2경추의 골절	S12.1
	기타 명시된 경추의 골절	S12.2
	목의 상세불명 부분의 골절	S12.9
	흉추의 다발골절	S22.1
	늑골의 다발골절	S22.4

	아래팔의 다발골절	S52.7
	중수골의 다발골절	S62.4
	대퇴골전자부골절	S72.1
	대퇴골몸통의 골절	S72.3
	대퇴골하단의 골절	S72.4
	대퇴골의 기타부분의 골절	S72.8
	대퇴골의 상세불명 부분의 골절	S72.9
	다리와 함께 팔의 여러부위를 침범한 골절	T02.6
	기타 신체부위를 복합적으로 침범한 골절	T02.8
	상세불명의 다발성 골절	T02.9
	팔의 상세불명 부위의 골절, 개방성	T10.1
	척추의 상세불명 부위의 골절, 개방성	T08.1
	한 쪽 팔의 여러부위를 침범한 골절	T02.2
	한 쪽 다리의 여러부위를 침범한 골절	T02.3
	양측 팔의 여러부위를 침범한 골절	T02.4
	양측다리의여러부위를침범한골절	T02.5
	아래다리의 다발골절	S82.7
	쇄골,견갑골 및 상완골의 다발골절	S42.7
	다리의 상세불명 부위의 골절, 개방성	T12.1
4종	기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
	두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9
	경추의 다발골절	S12.7
	동요가슴	S22.5
	요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 골절	S32.8
	대퇴골 경부의 골절	S72.0
	전자하골절	S72.2
	절구의 골절	S32.4
	아래등 및 골반과 함께 흉부를 침범한 골절	T02.1
5종	두개골 및 안면골을 침범하는 다발골절	S02.7
	요추 및 골반의 다발골절	S32.7
	아래등, 골반 및 사지와 함께 흉부를 침범한 골절	T02.7
	대퇴골의 다발골절	S72.7

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 48】 외상후 스트레스장애 분류표

약관에서 규정하는 외상후 스트레스 장애로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 외상후 스트레스장애 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류코드
외상후 스트레스 장애	F43.1

제 9 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 49】 대장 양성종양 및 폴립 분류표

약관에서 규정하는 '대장 양성종양(폴립포함)'으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 7 대질병 해당여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호
대장	맹장의 양성 신생물	D12.0
	충수의 양성 신생물	D12.1
	상행결장의 양성 신생물	D12.2
	횡행결장의 양성 신생물	D12.3
	하행결장의 양성 신생물	D12.4
	구불결장의 양성 신생물	D12.5
	상세불명의 양성 신생물	D12.6
	직장구불결장의 양성 신생물	D12.7
	직장의 양성 신생물	D12.8
	직장폴립	K62.1
	결장의 폴립	K63.5

제 9 차 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 50】 위·십이지장 양성종양 및 폴립 분류표

약관에서 규정하는 '위·십이지장 양성종양(폴립포함)'으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 7 대질병 해당여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호
위·십이지장	위의 양성 신생물	D13.1
	십이지장의 양성 신생물	D13.2
	위 및 십이지장의 폴립	K31.7

제 9 차 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

법 규

[법규 1] 개인정보 보호법

제 15 조(개인정보의 수집·이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제 3 자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.

② 개인정보처리자는 제 1 항제 1 호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다. <신설 2020.2.4>

제 17 조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제 3 자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다. <개정 2020.2.4>

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제 15 조제 1 항제 2 호·제 3 호·제 5 호 및 제 39 조의 3 제 2 항제 2 호·제 3 호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제 1 항제 1 호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

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

③ 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제 3 자에게 제공할 때에는 제 2 항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다. <신설 2020.2.4>

제 22 조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제 6 항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다.

② 개인정보처리자는 제 1 항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제 2 조제 1 호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다. <신설 2017.4.18., 2017.7.26., 2020.2.4>

③ 개인정보처리자는 제 15 조제 1 항제 1 호, 제 17 조제 1 항제 1 호, 제 23 조제 1 항제 1 호 및 제 24 조제 1 항제 1 호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다. <개정 2016.3.29., 2017.4.18.>

④ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. <개정 2017.4.18.>

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 제 3 항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제 4 항 및 제 18 조제 2 항제 1 호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <개정 2017.4.18.>

⑥ 개인정보처리자는 만 14 세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다. <개정 2017.4.18.>

⑦ 제 1 항부터 제 6 항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제 6 항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다. <개정 2017.4.18.>

제 23 조(민감정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016.3.29.>

1. 정보주체에게 제 15 조제 2 항 각 호 또는 제 17 조제 2 항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 개인정보처리자가 제 1 항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제 29 조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다. <신설 2016.3.29.>

제 24 조(고유식별정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.

1. 정보주체에게 제 15 조제 2 항 각 호 또는 제 17 조제 2 항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 삭제 <2013.8.6.>

③ 개인정보처리자가 제 1 항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다. <개정 2015.7.24.>

④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제 3 항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다. <신설 2016.3.29., 2017.7.26., 2020.2.4>

⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제 4 항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다. <신설 2016.3.29., 2017.7.26. , 2020.2.4>

제 39 조의 3(개인정보의 수집 · 이용 동의 등에 대한 특례)

① 정보통신서비스 제공자는 제 15 조제 1 항에도 불구하고 이용자의 개인정보를 이용하려고 수집하는 경우에는 다음 각 호의 모든 사항을 이용자에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하려는 경우에도 또한 같다.

1. 개인정보의 수집 · 이용 목적
2. 수집하는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 · 이용 기간

② 정보통신서비스 제공자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제 1 항에 따른 동의 없이 이용자의 개인정보를 수집 · 이용할 수 있다.

1. 정보통신서비스(「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제 2 조제 1 항제 2 호에 따른 정보통신서비스를 말한다. 이하 같다)의 제공에 관한 계약을 이행하기 위하여 필요한 개인정보로서 경제적 · 기술적인 사유로 통상적인 동의를 받는 것이 뚜렷하게 곤란한 경우
2. 정보통신서비스의 제공에 따른 요금정산을 위하여 필요한 경우
3. 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우

③ 정보통신서비스 제공자는 이용자가 필요한 최소한의 개인정보 이외의 개인정보를 제공하지 아니한다는 이유로 그 서비스의 제공을 거부해서는 아니 된다. 이 경우 필요한 최소한의 개인정보는 해당 서비스의 본질적 기능을 수행하기 위하여 반드시 필요한 정보를 말한다.

④ 정보통신서비스 제공자는 만 14 세 미만의 아동으로부터 개인정보 수집 · 이용 · 제공 등의 동의를 받으려면 그 법정대리인의 동의를 받아야 하고, 대통령령으로 정하는 바에 따라 법정대리인이 동의하였는지를 확인하여야 한다.

⑤ 정보통신서비스 제공자는 만 14 세 미만의 아동에게 개인정보 처리와 관련한 사항의 고지 등을 하는 때에는 이해하기 쉬운 양식과 명확하고 알기 쉬운 언어를 사용하여야 한다.

⑥ 보호위원회는 개인정보 처리에 따른 위험성 및 결과, 이용자의 권리 등을 명확하게 인지하지 못할 수 있는 만 14 세 미만의 아동의 개인정보 보호 시책을 마련하여야 한다.

[본조신설 2020. 2. 4.]

[법규 2] 개인정보 보호법 시행령

제 17 조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 법 제 22 조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 정보주체의 동의를 받아야 한다.

1. 동의 내용이 적힌 서면을 정보주체에게 직접 발급하거나 우편 또는 팩스 등의 방법으로 전달하고, 정보주체가 서명하거나 날인한 동의서를 받는 방법
2. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법
3. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 정보주체에게 인터넷주소 등을 통하여 동의 사항을 확인하도록 한 후 다시 전화를 통하여 그 동의 사항에 대한 동의의 의사표시를 확인하는 방법
4. 인터넷 홈페이지 등에 동의 내용을 게재하고 정보주체가 동의 여부를 표시하도록 하는 방법
5. 동의 내용이 적힌 전자우편을 발송하여 정보주체로부터 동의의 의사표시가 적힌 전자우편을 받는 방법
6. 그 밖에 제 1 호부터 제 5 호까지의 규정에 따른 방법에 준하는 방법으로 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법

② 법 제 22 조제 2 항에서 "대통령령으로 정하는 중요한 내용"이란 다음 각 호의 사항을 말한다. <신설 2017.10.17.>

1. 개인정보의 수집·이용 목적 중 재화나 서비스의 홍보 또는 판매 권유 등을 위하여 해당 개인정보를 이용하여 정보주체에게 연락할 수 있다는 사실
2. 처리하려는 개인정보의 항목 중 다음 각 목의 사항

가. 제 18 조에 따른 민감정보

나. 제 19 조제 2 호부터 제 4 호까지의 규정에 따른 여권번호, 운전면허의 면허번호 및 외국인등록번호

3. 개인정보의 보유 및 이용 기간(제공 시에는 제공받는 자의 보유 및 이용 기간을 말한다)

4. 개인정보를 제공받는 자 및 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적

③ 개인정보처리자가 정보주체로부터 법 제 18 조제 2 항제 1 호 및 제 22 조제 4 항에 따른 동의를 받거나 법 제 22 조제 3 항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 동의 여부를 선택할 수 있다는 사실을 명확하게 확인할 수 있도록 선택적으로 동의할 수 있는 사항 외의 사항과 구분하여 표시하여야 한다. <신설 2015.12.30., 2017.10.17.>

④ 개인정보처리자는 법 제 22 조제 6 항에 따라 만 14 세 미만 아동의 법정대리인의 동의를 받기 위하여 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있다. <개정 2015.12.30., 2017.10.17.>

⑤ 중앙행정기관의 장은 제 1 항에 따른 동의방법 중 소관 분야의 개인정보처리자별 업무, 업종의 특성 및 정보주체의 수 등을 고려하여 적절한 동의방법에 관한 기준을 법 제 12 조제 2 항에 따른 개인정보 보호지침(이하 "개인정보 보호지침"이라 한다)으로 정하여 그 기준에 따라 동의를 받도록 개인정보처리자에게 권장할 수 있다. <개정 2015.12.30., 2017.10.17.>

[법규3] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제15조(수집 및 처리의 원칙)

① 신용정보회사, 본인신용정보관리회사, 채권추심회사, 신용정보집중기관 및 신용정보제공 · 이용자(이하 "신용정보회사등"이라 한다)는 신용정보를 수집하고 이를 처리할 수 있다. 이 경우 이 법 또는 정관으로 정한 업무 범위에서 수집 및 처리의 목적을 명확히 하여야 하며, 이 법 및 「개인정보 보호법」 제3조제1항 및 제2항에 따라 그 목적 달성에 필요한 최소한의 범위에서 합리적이고 공정한 수단을 사용하여 신용정보를 수집 및 처리하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

② 신용정보회사등이 개인신용정보를 수집하는 때에는 해당 신용정보주체의 동의를 받아야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2020. 2. 4.>

1. 「개인정보 보호법」 제15조제1항제2호부터 제6호까지의 어느 하나에 해당하는 경우
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 정보를 수집하는 경우
   가. 법령에 따라 공시(公示)되거나 공개된 정보
   나. 출판물이나 방송매체 또는 「공공기관의 정보공개에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공기관의 인터넷 홈페이지 등의 매체를 통하여 공시 또는 공개된 정보
   다. 신용정보주체가 스스로 사회관계망서비스 등에 직접 또는 제3자를 통하여 공개한 정보. 이 경우 대통 령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체의 동의가 있었다고 객관적으로 인정되는 범위 내로 한정한다.
3. 제1호 및 제2호에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
4. 삭제 <2020. 2. 4.>

제32조(개인신용정보의 제공 · 활용에 대한 동의)

① 신용정보제공 · 이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성 · 최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2015. 3. 11., 2018. 12. 11., 2020. 6. 9.>

1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보 · 유지하여야 하며, 대통령령으로 정하

는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.

5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성 · 최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다. <개정 2015. 3. 11., 2020. 2. 4.>

③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다. <신설 2015. 3. 11.>

⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <신설 2015. 3. 11.>

⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다. <개정 2015. 3. 11., 2020. 2. 4.>

1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리 · 활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도 · 분할 · 합병 등의 이유로 권리 · 의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가 · 허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
7. 조세에 관한 법률에 따른 질문 · 검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무 · 기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.

9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우

9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우

가. 양 목적 간의 관련성
나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위
다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향
라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부

10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다. <개정 2011. 5. 19., 2015. 3. 11.>

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공 · 이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다. <신설 2015. 3. 11.>

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공 · 이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

제33조(개인신용정보의 이용)

① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.

1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우
2. 제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우
3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
4. 제32조제6항 각 호의 경우
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집 · 조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다. [전문개정 2020. 2. 4.]

제34조(개인식별정보의 수집 · 이용 및 제공)

신용정보회사등이 개인을 식별하기 위하여 필요로 하는 정보로서 대통령령으로 정하는 정보를 수집 · 이용 및 제공하는 경우에는 제 15 조, 제 32 조 및 제 33 조를 준용한다. <개정 2020. 2. 4.>

[법규 4] 국민건강보험법

제 42 조(요양기관)

① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제 91 조에 따라 설립된 한국희귀 · 필수의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소

5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제 2 항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.
1. 제 2 항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제 2 항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우
④ 제 2 항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원에 대하여는 제 41 조제 3 항에 따른 요양급여의 절차 및 제 45 조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.
⑤ 제 1 항·제 2 항 및 제 4 항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

[법규 5] 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

제 15 조(보건진료소의 설치·운영)
① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍·면 지역에서 보건진료소를 설치·운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다. 다만, 시·구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장·구청장이 보건진료소를 설치·운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.
② 보건진료소에 보건진료소장 1 명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.
③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

[법규 6] 도로교통법

제 43 조(무면허운전 등의 금지)
누구든지 제 80 조에 따라 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

제 44 조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)
① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제 26 조제 1 항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제 45 조, 제 47 조, 제 93 조제 1 항제 1 호부터 제 4 호까지 및 제 148 조의 2 에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.
② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제 1 항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다. <개정 2014.12.30.>
③ 제 2 항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
④ 제 1 항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03 퍼센트 이상인 경우로 한다.

제 45 조(과로한 때 등의 운전 금지)
자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제 44 조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다. <개정 2020. 6. 9.>

[법규 7] 민법

제 27 조(실종의 선고)
① 부재자의 생사가 5 년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1 년간 분명하지 아니한 때에도 제 1 항과 같다.

[법규 8] 장애인복지법 시행령

제 2 조 (장애의 종류 및 기준)
① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제 2 조제 2 항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1 에서 정한 사람을 말한다.
② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다.

[법규 9] 지역보건법

제 10 조(보건소의 설치)
① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방 · 관리하기 위하여 시 · 군 · 구에 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다.
② 동일한 시 · 군 · 구에 2 개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제 12 조(보건의료원)
보건소 중 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제 13 조(보건지소의 설치)
지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

[법규 10] 형법

제 13 장 방화와 실화의 죄

제 164 조(현주건조물등에의 방화)
①불을 놓아 사람이 주거로 사용하거나 사람이 현존하는 건조물, 기차, 전차, 자동차, 선박, 항공기 또는 광갱을 소훼한 자는 무기 또는 3 년 이상의 징역에 처한다.
②제 1 항의 죄를 범하여 사람을 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5 년 이상의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 사형, 무기 또는 7 년 이상의 징역에 처한다.

제 165 조(공용건조물 등에의 방화)
불을 놓아 공용 또는 공익에 공하는 건조물, 기차, 전차, 자동차, 선박, 항공기 또는 광갱을 소훼한 자는 무기 또는 3 년 이상의 징역에 처한다.

제 166 조(일반건조물 등에의 방화)
①불을 놓아 전 2 조에 기재한 이외의 건조물, 기차, 전차, 자동차, 선박, 항공기 또는 광갱을 소훼한 자는 2 년 이상의 유기징역에 처한다.
②자기소유에 속하는 제 1 항의 물건을 소훼하여 공공의 위험을 발생하게 한 자는 7 년 이하의 징역 또는 1 천만원 이하의 벌금에 처한다.

제 167 조(일반물건에의 방화)
①불을 놓아 전 3 조에 기재한 이외의 물건을 소훼하여 공공의 위험을 발생하게 한 자는 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
②제 1 항의 물건이 자기의 소유에 속한 때에는 3 년 이하의 징역 또는 700 만원 이하의 벌금에 처한다.

제 168 조(연소)

①제 166 조제 2 항 또는 전조제 2 항의 죄를 범하여 제 164 조, 제 165 조 또는 제 166 조제 1 항에 기재한 물건에 연소한 때에는 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
②전조제 2 항의 죄를 범하여 전조제 1 항에 기재한 물건에 연소한 때에는 5 년 이하의 징역에 처한다.

제 169 조(진화방해)
화재에 있어서 진화용의 시설 또는 물건을 은닉 또는 손괴하거나 기타 방법으로 진화를 방해한 자는 10 년 이하의 징역에 처한다.

제 170 조(실화)
①과실로 인하여 제 164 조 또는 제 165 조에 기재한 물건 또는 타인의 소유에 속하는 제 166 조에 기재한 물건을 소훼한 자는 1 천 500 만원 이하의 벌금에 처한다.
②과실로 인하여 자기의 소유에 속하는 제 166 조 또는 제 167 조에 기재한 물건을 소훼하여 공공의 위험을 발생하게 한 자도 전항의 형과 같다.

제 171 조(업무상실화, 중실화)
업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 제 170 조의 죄를 범한 자는 3 년 이하의 금고 또는 2 천만원 이하의 벌금에 처한다.

제 172 조(폭발성물건파열)
①보일러, 고압가스 기타 폭발성있는 물건을 파열시켜 사람의 생명, 신체 또는 재산에 대하여 위험을 발생시킨 자는 1 년 이상의 유기징역에 처한다.
②제 1 항의 죄를 범하여 사람을 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 3 년 이상의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 5 년 이상의 징역에 처한다.

제 172 조의 2(가스·전기등 방류)
①가스, 전기, 증기 또는 방사선이나 방사성 물질을 방출, 유출 또는 살포시켜 사람의 생명, 신체 또는 재산에 대하여 위험을 발생시킨 자는 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
②제 1 항의 죄를 범하여 사람을 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 3 년 이상의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 5 년 이상의 징역에 처한다.

제 173 조(가스·전기등 공급방해)
①가스, 전기 또는 증기의 공작물을 손괴 또는 제거하거나 기타 방법으로 가스, 전기 또는 증기의 공급이나 사용을 방해하여 공공의 위험을 발생하게 한 자는 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
②공공용의 가스, 전기 또는 증기의 공작물을 손괴 또는 제거하거나 기타 방법으로 가스, 전기 또는 증기의 공급이나 사용을 방해한 자도 전항의 형과 같다.
③제 1 항 또는 제 2 항의 죄를 범하여 사람을 상해에 이르게 한 때에는 2 년 이상의 유기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 3 년이상의 징역에 처한다.

제 173 조의 2(과실폭발성물건파열등)
①과실로 제 172 조제 1 항, 제 172 조의 2 제 1 항, 제 173 조제 1 항과 제 2 항의 죄를 범한 자는 5 년 이하의 금고 또는 1 천 500 만원 이하의 벌금에 처한다.
②업무상과실 또는 중대한 과실로 제 1 항의 죄를 범한 자는 7 년 이하의 금고 또는 2 천만원 이하의 벌금에 처한다.

제 174 조(미수범)
제 164 조제 1 항, 제 165 조, 제 166 조제 1 항, 제 172 조제 1 항, 제 172 조의 2 제 1 항, 제 173 조제 1 항과 제 2 항의 미수범은 처벌한다.

제 175 조(예비, 음모)
제 164 조제 1 항, 제 165 조, 제 166 조제 1 항, 제 172 조제 1 항, 제 172 조의 2 제 1 항, 제 173 조제 1 항과 제 2 항의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 5 년 이하의 징역에 처한다. 단 그 목적한 죄의 실행에 이르기 전에 자수한 때에는 형을 감경 또는 면제한다.

제 176 조(타인의 권리대상이 된 자기의 물건)
자기의 소유에 속하는 물건이라도 압류 기타 강제처분을 받거나 타인의 권리 또는 보험의 목적물이 된 때에는 본장의 규정의 적용에 있어서 타인의 물건으로 간주한다.

제 24 장 살인의 죄

제 250 조(살인, 존속살해)
①사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5 년 이상의 징역에 처한다.
②자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7 년 이상의 징역에 처한다.

제 251 조(영아살해)
직계존속이 치욕을 은폐하기 위하거나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만중 또는 분만직후의 영아를 살해한 때에는 10 년 이하의 징역에 처한다.

제 252 조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등)
①사람의 촉탁 또는 승낙을 받어 그를 살해한 자는 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
②사람을 교사 또는 방조하여 자살하게 한 자도 전항의 형과 같다.

제 253 조(위계 등에 의한 촉탁살인 등)
전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제 250 조의 예에 의한다.

제 254 조(미수범)
전 4 조의 미수범은 처벌한다.

제 255 조(예비, 음모)
제 250 조와 제 253 조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 10 년 이하의 징역에 처한다.

제 256 조(자격정지의 병과)
제 250 조, 제 252 조 또는 제 253 조의 경우에 유기징역에 처할 때에는 10 년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제 25 장 상해와 폭행의 죄

제 257 조(상해, 존속상해)
①사람의 신체를 상해한 자는 7 년 이하의 징역, 10 년 이하의 자격정지 또는 1 천만원 이하의 벌금에 처한다.
②자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제 1 항의 죄를 범한 때에는 10 년 이하의 징역 또는 1 천 500 만원 이하의 벌금에 처한다.
③전 2 항의 미수범은 처벌한다.

제 258 조(중상해, 존속중상해)
①사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
②신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
③자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전 2 항의 죄를 범한 때에는 2 년 이상 15 년 이하의 징역에 처한다.

제 258 조의 2(특수상해)
① 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제 257 조제 1 항 또는 제 2 항의 죄를 범한 때에는 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
② 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제 258 조의 죄를 범한 때에는 2 년 이상 20 년 이하의 징역에 처한다.
③ 제 1 항의 미수범은 처벌한다.

제 259 조(상해치사)
①사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3 년 이상의 유기징역에 처한다.
②자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5 년 이상의 징역에 처한다.

제 260 조(폭행, 존속폭행)

①사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2 년 이하의 징역, 500 만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
②자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제 1 항의 죄를 범한 때에는 5 년 이하의 징역 또는 700 만원 이하의 벌금에 처한다.
③제 1 항 및 제 2 항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.<개정 1995. 12. 29.>

제 261 조(특수폭행)
단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제 260 조제 1 항 또는 제 2 항의 죄를 범한 때에는 5 년 이하의 징역 또는 1 천만원 이하의 벌금에 처한다.

제 262 조(폭행치사상)
전 2 조의 죄를 범하여 사람을 사상에 이르게 한때에는 제 257 조 내지 제 259 조의 예에 의한다.

제 263 조(동시범)
독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

제 264 조(상습범)
상습으로 제 257 조, 제 258 조, 제 258 조의 2, 제 260 조 또는 제 261 조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2 분의 1 까지 가중한다.

제 265 조(자격정지의 병과)
제 257 조제 2 항, 제 258 조, 제 258 조의 2, 제 260 조제 2 항, 제 261 조 또는 전조의 경우에는 10 년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제 29 장 체포와 감금의 죄

제 276 조(체포, 감금, 존속체포, 존속감금)
①사람을 체포 또는 감금한 자는 5 년 이하의 징역 또는 700 만원 이하의 벌금에 처한다.
②자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제 1 항의 죄를 범한 때에는 10 년 이하의 징역 또는 1 천 500 만원 이하의 벌금에 처한다.

제 277 조(중체포, 중감금, 존속중체포, 존속중감금)
①사람을 체포 또는 감금하여 가혹한 행위를 가한 자는 7 년 이하의 징역에 처한다.
②자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 2 년 이상의 유기징역에 처한다.

제 278 조(특수체포, 특수감금)
단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 전 2 조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2 분의 1 까지 가중한다.

제 279 조(상습범)
상습으로 제 276 조 또는 제 277 조의 죄를 범한 때에는 전조의 예에 의한다.

제 280 조(미수범)
전 4 조의 미수범은 처벌한다.

제 281 조(체포·감금등의 치사상)
①제 276 조 내지 제 280 조의 죄를 범하여 사람을 상해에 이르게 한 때에는 1 년 이상의 유기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 3 년 이상의 유기징역에 처한다.
②자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제 276 조 내지 제 280 조의 죄를 범하여 상해에 이르게 한 때에는 2 년 이상의 유기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 5 년이상의 징역에 처한다.

제 282 조(자격정지의 병과)
본장의 죄에는 10 년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제 31 장 약취(略取), 유인(誘引) 및 인신매매의 죄

제 287 조(미성년자의 약취, 유인)
미성년자를 약취 또는 유인한 사람은 10 년 이하의 징역에 처한다.

제 288 조(추행 등 목적 약취, 유인 등)
① 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
② 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 2 년 이상 15 년 이하의 징역에 처한다.
③ 국외에 이송할 목적으로 사람을 약취 또는 유인하거나 약취 또는 유인된 사람을 국외에 이송한 사람도 제 2 항과 동일한 형으로 처벌한다.

제 289 조(인신매매)
① 사람을 매매한 사람은 7 년 이하의 징역에 처한다.
② 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 매매한 사람은 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
③ 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 매매한 사람은 2 년 이상 15 년 이하의 징역에 처한다.
④ 국외에 이송할 목적으로 사람을 매매하거나 매매된 사람을 국외로 이송한 사람도 제 3 항과 동일한 형으로 처벌한다.

제 290 조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해·치상)
① 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해한 때에는 3 년 이상 25 년 이하의 징역에 처한다.
② 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해에 이르게 한 때에는 2 년 이상 20 년 이하의 징역에 처한다.

제 291 조(약취, 유인, 매매, 이송 등 살인·치사)
① 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 살해한 때에는 사형, 무기 또는 7 년 이상의 징역에 처한다.
② 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 5 년 이상의 징역에 처한다.

제 292 조(약취, 유인, 매매, 이송된 사람의 수수·은닉 등)
① 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄로 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 수수(授受) 또는 은닉한 사람은 7 년 이하의 징역에 처한다.
② 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범할 목적으로 사람을 모집, 운송, 전달한 사람도 제 1 항과 동일한 형으로 처벌한다.

제 294 조(미수범)
제 287 조부터 제 289 조까지, 제 290 조제 1 항, 제 291 조제 1 항과 제 292 조제 1 항의 미수범은 처벌한다.

제 295 조(벌금의 병과)
제 288 조부터 제 291 조까지, 제 292 조제 1 항의 죄와 그 미수범에 대하여는 5 천만원 이하의 벌금을 병과할 수 있다.

제 295 조의 2(형의 감경)
제 287 조부터 제 290 조까지, 제 292 조와 제 294 조의 죄를 범한 사람이 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 안전한 장소로 풀어준 때에는 그 형을 감경할 수 있다.

제 296 조(예비, 음모)
제 287 조부터 제 289 조까지, 제 290 조제 1 항, 제 291 조제 1 항과 제 292 조제 1 항의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 사람은 3 년 이하의 징역에 처한다.

제 296 조의 2(세계주의)
제 287 조부터 제 292 조까지 및 제 294 조는 대한민국 영역 밖에서 죄를 범한 외국인에게도 적용한다.

제 32 장 강간과 추행의 죄

제 297 조(강간)
폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3 년 이상의 유기징역에 처한다.

제 297 조의 2(유사강간)
폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2 년 이상의 유기징역에 처한다.

제 298 조(강제추행)
폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10 년 이하의 징역 또는 1 천 500 만원 이하의 벌금에 처한다.

제 299 조(준강간, 준강제추행)
사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제 297 조, 제 297 조의 2 및 제 298 조의 예에 의한다.

제 300 조(미수범)
제 297 조, 제 297 조의 2, 제 298 조 및 제 299 조의 미수범은 처벌한다.

제 301 조(강간 등 상해·치상)
제 297 조, 제 297 조의 2 및 제 298 조부터 제 300 조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5 년 이상의 징역에 처한다.

제 301 조의 2(강간등 살인·치사)
제 297 조, 제 297 조의 2 및 제 298 조부터 제 300 조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10 년 이상의 징역에 처한다.

제 302 조(미성년자 등에 대한 간음)
미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5 년 이하의 징역에 처한다.

제 303 조(업무상위력 등에 의한 간음)
①업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7 년 이하의 징역 또는 3 천만원 이하의 벌금에 처한다
②법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10 년 이하의 징역에 처한다.

제 305 조(미성년자에 대한 간음, 추행)
① 13 세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제 297 조, 제 297 조의 2, 제 298 조, 제 301 조 또는 제 301 조의 2 의 예에 의한다.
② 13 세 이상 16 세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 19 세 이상의 자는 제 297 조, 제 297 조의 2, 제 298 조, 제 301 조 또는 제 301 조의 2 의 예에 의한다.

제 305 조의 2(상습범)
상습으로 제 297 조, 제 297 조의 2, 제 298 조부터 제 300 조까지, 제 302 조, 제 303 조 또는 제 305 조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2 분의 1 까지 가중한다.

제 305 조의 3(예비, 음모)
제 297 조, 제 297 조의 2, 제 299 조(준강간죄에 한정한다), 제 301 조(강간 등 상해죄에 한정한다) 및 제 305 조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 사람은 3 년 이하의 징역에 처한다.

제 38 장 절도와 강도의 죄

제 329 조(절도)
타인의 재물을 절취한 자는 6 년 이하의 징역 또는 1 천만원 이하의 벌금에 처한다.

제 330 조(야간주거침입절도)
야간에 사람의 주거, 간수하는 저택, 건조물이나 선박 또는 점유하는 방실에 침입하여 타인의 재물을 절취한 자는 10 년 이하의 징역에 처한다.

제 331 조(특수절도)
①야간에 문호 또는 장벽 기타 건조물의 일부를 손괴하고 전조의 장소에 침입하여 타인의 재물을 절취한 자는 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
②흉기를 휴대하거나 2 인 이상이 합동하여 타인의 재물을 절취한 자도 전항의 형과 같다.

제 331 조의 2(자동차등 불법사용)
권리자의 동의없이 타인의 자동차, 선박, 항공기 또는 원동기장치자전거를 일시 사용한 자는 3 년 이하의 징역, 500 만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.

제 332 조(상습범)
상습으로 제 329 조 내지 제 331 조의 2 의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2 분의 1 까지 가중한다.

제 333 조(강도)
폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제삼자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3 년 이상의 유기징역에 처한다.

제 334 조(특수강도)
①야간에 사람의 주거, 관리하는 건조물, 선박이나 항공기 또는 점유하는 방실에 침입하여 제 333 조의 죄를 범한 자는 무기 또는 5 년 이상의 징역에 처한다.
②흉기를 휴대하거나 2 인 이상이 합동하여 전조의 죄를 범한 자도 전항의 형과 같다.

제 335 조(준강도)
절도가 재물의 탈환을 항거하거나 체포를 면탈하거나 죄적을 인멸할 목적으로 폭행 또는 협박을 가한 때에는 전 2 조의 예에 의한다.

제 336 조(인질강도)
사람을 체포 · 감금 · 약취 또는 유인하여 이를 인질로 삼아 재물 또는 재산상의 이익을 취득하거나 제 3 자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3 년 이상의 유기징역에 처한다.

제 337 조(강도상해, 치상)
강도가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한때에는 무기 또는 7 년 이상의 징역에 처한다.

제 338 조(강도살인·치사)
강도가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10 년 이상의 징역에 처한다.

제 339 조(강도강간)
강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10 년 이상의 징역에 처한다.

제 340 조(해상강도)
①다중의 위력으로 해상에서 선박을 강취하거나 선박내에 침입하여 타인의 재물을 강취한 자는 무기 또는 7 년 이상의 징역에 처한다.
②제 1 항의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한때에는 무기 또는 10 년 이상의 징역에 처한다.
③제 1 항의 죄를 범한 자가 사람을 살해 또는 사망에 이르게 하거나 강간한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다.

제 341 조(상습범)
상습으로 제 333 조, 제 334 조, 제 336 조 또는 전조제 1 항의 죄를 범한 자는 무기 또는 10 년 이상의 징역에 처한다.

제 342 조(미수범)
제 329 조 내지 제 341 조의 미수범은 처벌한다.

제 343 조(예비, 음모)
강도할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 7 년 이하의 징역에 처한다.

제 344 조(친족간의 범행)
제 328 조의 규정은 제 329 조 내지 제 332 조의 죄 또는 미수범에 준용한다.

제 345 조(자격정지의 병과)
본장의 죄를 범하여 유기징역에 처할 경우에는 10 년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제 346 조(동력)
본장의 죄에 있어서 관리할 수 있는 동력은 재물로 간주한다.

[법규 11] 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서

1. 도로교통법 제 5 조의 규정에 의한 신호기 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호나 통행의 금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시에 위반하여 운전한 경우
2. 도로교통법 제 13 조제 3 항의 규정에 위반하여 중앙선을 침범하거나 동법 제 62 조의 규정에 위반하여 횡단·유턴 또는 후진한 경우
3. 도로교통법 제 17 조제 1 항 또는 제 2 항의 규정에 의한 제한속도를 매시 20 킬로미터를 초과하여 운전한 경우
4. 도로교통법 제 21 조제 1 항·제 22 조·제 23 조 또는 제 60 조제 2 항의 규정에 의한 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지에 위반하여 운전한 경우
5. 도로교통법 제 24 조의 규정에 의한 건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제 27 조제 1 항의 규정에 의한 횡단보도에서의 보행자보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제 43 조제 1 항, 건설기계관리법 제 26 조 또는 도로교통법 제 96 조의 규정에 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지중에 있거나 운전의 금지중에 있는 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 도로교통법 제 44 조제 1 항의 규정에 위반하여 주취중에 운전을 하거나 동법 제 45 조의 규정에 위반하여 약물의 영향으로 정상한 운전을 하지 못할 염려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 도로교통법 제 13 조제 1 항의 규정에 위반하여 보도가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 동법 제 13 조제 2 항의 규정에 의한 보도횡단방법에 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제 39 조제 2 항의 규정에 의한 승객의 추락방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 「도로교통법」 제 12 조제 3 항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제 1 항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해에 이르게 한 경우
12. 「도로교통법」 제 39 조제 4 항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

□ 상기외 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

[법규 12] 의료법

제 3 조(의료기관)

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육 · 상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「장애인복지법」 제 58 조제 1 항제 4 호에 따른 의료재활시설로서 제 3 조의 2 의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제 2 항제 1 호부터 제 3 호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제 3 조의 2(병원등)

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30 개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

[본조신설 2009. 1. 30.]

제 3 조의 3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2011. 8. 4.>

1. 100 개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3 개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제 1 항제 2 호 또는 제 3 호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[본조신설 2009. 1. 30.]

제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.

② 위원회는 위원장 1 명을 포함하여 20 명 이내의 위원으로 구성한다.

③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제 1 호 또는 제 2 호의 자 중에서 임명한다.

1. 제 28 조제 1 항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자

2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5 년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5 급 이상의 공무원

④ 위원장과 위원의 임기는 3 년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제 3 항제 5 호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.

⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.

⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.

⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

[법규 13] 자동차관리법 시행규칙

제 2 조(자동차의 종별 구분)

법 제 3 조제 2 항 및 제 3 항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1 과 같이 구분한다. <개정 2015. 7. 7., 2017. 1. 6.>

[전문개정 2011. 12. 15.]

[법규 14] 자동차손해배상보장법 시행령

제 2 조(건설기계의 범위)

「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제 2 조제 1 호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다. <개정 2014. 2. 5.>

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제 26 호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

제 3 조(책임보험금 등)

① 법 제 5 조제 1 항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1 명당 다음 각 호의 금액과 같다. <개정 2014. 2. 5., 2014. 12. 30.>

1. 사망한 경우에는 1 억 5 천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2 천만원 미만인 경우에는 2 천만원으로 한다.
2. 부상한 경우에는 별표 1 에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제 15 조제 1 항에 따른 자동차보험진료수가(診療酬價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1 에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)가 생긴 경우에는 별표 2 에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 동일한 사고로 제 1 항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다. <개정 2012. 8. 22.>

1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제 1 항제 1 호와 같은 항 제 2 호에 따른 한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제 1 항제 2 호와 같은 항 제 3 호에 따른 금액의 합산액
3. 제 1 항제 3 호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제 1 항제 1 호에 따른 금액에서 같은 항 제 3 호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 법 제 5 조제 2 항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1 건당 2 천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다. <개정 2014. 12. 30.>

[법규 15] 여객자동차운수사업법 시행령

제 3 조(여객자동차운송사업의 종류)

① 여객자동차운송사업의 종류는 다음 각 호와 같다. <개정 2014. 1. 28., 2015. 6. 22., 2017. 12. 26.>

1. 노선(路線) 여객자동차운송사업: 자동차를 정기적으로 운행하려는 구간(이하 "노선"이라 한다)을 정하여 여객을 운송하는 사업
2. 구역(區域) 여객자동차운송사업: 사업구역을 정하여 그 사업 구역 안에서 여객을 운송하는 사업
3. 수요응답형 여객자동차운송사업: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우로서 운행계통 · 운행시간 · 운행횟수를 여객의 요청에 따라 탄력적으로 운영하여 여객을 운송하는 사업
   가. 「농업 · 농촌 및 식품산업 기본법」 제 3 조제 5 호에 따른 농촌과 「수산업 · 어촌 발전 기본법」 제 3 조제 6 호에 따른 어촌을 기점 또는 종점으로 하는 경우
   나. 「대중교통의 육성 및 이용촉진에 관한 법률」 제 16 조에 따라 실시하는 대중교통현황조사에서 대중교통이 부족하다고 인정되는 지역을 운행하는 경우

② 제 1 항제 1 호 및 제 2 호의 여객자동차운송사업은 대통령령으로 정하는 바에 따라 세분할 수 있다.

[법규 16] 상법

제 651 조(고지위반으로 인한 계약 해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1 월내에, 계약을 체결한 날로부터 3 년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다. <개정 1991.12.31.>

제 651 조의 2(서면에 의한 설문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

[본조신설 1991.12.31.]

제 657 조(보험사고발생의 통지의무)

① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.

② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제 1 항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다. <신설 1991.12.31.>

제 682 조(제 3 자에 대한 보험대위)

① 손해가 제 3 자의 행위로 인하여 발생한 경우에 보험금을 지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에서 그 제 3 자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득한다. 다만, 보험자가 보상할 보험금의 일부를 지급한 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위에서 그 권리를 행사할 수 있다.

② 보험계약자나 피보험자의 제 1 항에 따른 권리가 그와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우 보험자는 그 권리를 취득하지 못한다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 아니하다.

[법규 17] 국가공무원법

제 2 조(공무원의 구분)

① 국가공무원(이하 "공무원"이라 한다)은 경력직공무원과 특수경력직공무원으로 구분한다.

② "경력직공무원"이란 실적과 자격에 따라 임용되고 그 신분이 보장되며 평생 동안(근무기간을 정하여 임용하는 공무원의 경우에는 그 기간 동안을 말한다) 공무원으로 근무할 것이 예정되는 공무원을 말하며, 그 종류는 다음 각 호와 같다. <개정 2012. 12. 11., 2020. 1. 29.>

1. 일반직공무원: 기술 · 연구 또는 행정 일반에 대한 업무를 담당하는 공무원

2. 특정직공무원: 법관, 검사, 외무공무원, 경찰공무원, 소방공무원, 교육공무원, 군인, 군무원, 헌법재판소 헌법연구관, 국가정보원의 직원, 경호공무원과 특수 분야의 업무를 담당하는 공무원으로서 다른 법률에서 특정직공무원으로 지정하는 공무원

3. 삭제 <2012. 12. 11.>

③ "특수경력직공무원"이란 경력직공무원 외의 공무원을 말하며, 그 종류는 다음 각 호와 같다. <개정 2012. 12. 11., 2013. 3. 23.>

1. 정무직공무원

가. 선거로 취임하거나 임명할 때 국회의 동의가 필요한 공무원

나. 고도의 정책결정 업무를 담당하거나 이러한 업무를 보조하는 공무원으로서 법률이나 대통령령(대통령비서실 및 국가안보실의 조직에 관한 대통령령만 해당한다)에서 정무직으로 지정하는 공무원

2. 별정직공무원: 비서관 · 비서 등 보좌업무 등을 수행하거나 특정한 업무 수행을 위하여 법령에서 별정직으로 지정하는 공무원

3. 삭제 <2012. 12. 11.>

4. 삭제 <2011. 5. 23.>

④ 제 3 항에 따른 별정직공무원의 채용조건 · 임용절차 · 근무상한연령, 그 밖에 필요한 사항은 국회규칙, 대법원규칙, 헌법재판소규칙, 중앙선거관리위원회규칙 또는 대통령령(이하 "대통령령등"이라 한다)으로 정한다. <개정 2011. 5. 23., 2012. 12. 11., 2015. 5. 18.>

[전문개정 2008. 3. 28.]

제 70 조(직권 면직)

① 임용권자는 공무원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 직권으로 면직시킬 수 있다. <개정 2008. 3. 28., 2012. 12. 11., 2016. 5. 29.>

1. 삭제 <1991. 5. 31.>

2. 삭제 <1991. 5. 31.>

3. 직제와 정원의 개폐 또는 예산의 감소 등에 따라 폐직(廢職) 또는 과원(過員)이 되었을 때

4. 휴직 기간이 끝나거나 휴직 사유가 소멸된 후에도 직무에 복귀하지 아니하거나 직무를 감당할 수 없을 때

5. 제 73 조의 3 제 3 항에 따라 대기 명령을 받은 자가 그 기간에 능력 또는 근무성적의 향상을 기대하기 어렵다고 인정된 때

6. 전직시험에서 세 번 이상 불합격한 자로서 직무수행 능력이 부족하다고 인정된 때

7. 병역판정검사 · 입영 또는 소집의 명령을 받고 정당한 사유 없이 이를 기피하거나 군복무를 위하여 휴직 중에 있는 자가 군복무 중 군무(軍務)를 이탈하였을 때

8. 해당 직급 · 직위에서 직무를 수행하는데 필요한 자격증의 효력이 없어지거나 면허가 취소되어 담당 직무를 수행할 수 없게 된 때

9. 고위공무원단에 속하는 공무원이 제 70 조의 2 에 따른 적격심사 결과 부적격 결정을 받은 때

② 임용권자는 제 1 항제 3 호부터 제 8 호까지의 규정에 따라 면직시킬 경우에는 미리 관할 징계위원회의 의견을 들어야 한다. 다만, 제 1 항제 5 호에 따라 면직시킬 경우에는 징계위원회의 동의를 받아야 한다. <개정 2008. 3. 28.>

③ 임용권자나 임용제청권자는 제 1 항제 3 호에 따라 소속 공무원을 면직시킬 때에는 임용 형태, 업무 실적, 직무수행 능력, 징계처분 사실 등을 고려하여 면직 기준을 정하여야 한다. <개정 2008. 3. 28.>

④ 제 3 항에 따른 면직 기준을 정하거나 제 1 항제 3 호에 따라 면직 대상자를 결정할 때에는 임용권자 또는 임용제청권자(임용권자나 임용제청권자가 분명하지 아니하면 중앙인사관장기관의 장을 말한다)별로 심사위원회를 구성하여 그 심사위원회의 심의 · 의결을 거쳐야 한다. <개정 2008. 3. 28.>

⑤ 제 4 항에 따른 심사위원회의 위원장은 임용권자 또는 임용제청권자가 되며, 위원은 면직 대상자보다 상위 계급자 또는 고위공무원단에 속하는 일반직공무원 중에서 위원장이 지명하는 5 명 이상 7 명 이하로 구성하되, 면직 대상자의 상위 계급자 또는 고위공무원단에 속하는 일반직공무원을 우선하여 지명하여야 한다. 다만, 상위 계급자 또는 고위공무원단에 속하는 일반직공무원이 부족하면 4 명 이내로 구성할 수 있다. <개정 2008. 3. 28., 2015. 5. 18.>

⑥ 제 1 항제 4 호에 따른 직권 면직일은 휴직 기간이 끝난 날 또는 휴직 사유가 소멸한 날로 한다. <개정 2008. 3. 28.>

제 71 조(휴직)

① 공무원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 임용권자는 본인의 의사에도 불구하고 휴직을 명하여야 한다. <개정 2008. 3. 28.>

1. 신체 · 정신상의 장애로 장기 요양이 필요할 때

2. 삭제 <1978. 12. 5.>

3. 「병역법」에 따른 병역 복무를 마치기 위하여 징집 또는 소집된 때

4. 천재지변이나 전시 · 사변, 그 밖의 사유로 생사(生死) 또는 소재(所在)가 불명확하게 된 때

5. 그 밖에 법률의 규정에 따른 의무를 수행하기 위하여 직무를 이탈하게 된 때

6. 「공무원의 노동조합 설립 및 운영 등에 관한 법률」 제 7 조에 따라 노동조합 전임자로 종사하게 된 때

② 임용권자는 공무원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 휴직을 원하면 휴직을 명할 수 있다. 다만, 제 4 호의 경우에는 대통령령으로 정하는 특별한 사정이 없으면 휴직을 명하여야 한다. <개정 2008. 3. 28., 2011. 5. 23., 2013. 8. 6., 2015. 5. 18., 2015. 12. 24.>

1. 국제기구, 외국 기관, 국내외의 대학 · 연구기관, 다른 국가기관 또는 대통령령으로 정하는 민간기업, 그 밖의 기관에 임시로 채용될 때

2. 국외 유학을 하게 된 때

3. 중앙인사관장기관의 장이 지정하는 연구기관이나 교육기관 등에서 연수하게 된 때

4. 만 8 세 이하 또는 초등학교 2 학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 필요하거나 여성공무원이 임신 또는 출산하게 된 때

5. 사고나 질병 등으로 장기간 요양이 필요한 조부모, 부모(배우자의 부모를 포함한다), 배우자, 자녀 또는 손자녀를 간호하기 위하여 필요한 때. 다만, 조부모나 손자녀의 간호를 위하여 휴직할 수 있는 경우는 본인 외에는 간호할 수 있는 사람이 없는 등 대통령령등으로 정하는 요건을 갖춘 경우로 한정한다.

6. 외국에서 근무 · 유학 또는 연수하게 되는 배우자를 동반하게 된 때

7. 대통령령등으로 정하는 기간 동안 재직한 공무원이 직무 관련 연구과제 수행 또는 자기개발을 위하여 학습 · 연구 등을 하게 된 때

③ 임기제공무원에 대하여는 제 1 항제 1 호 · 제 3 호 및 제 2 항제 4 호에 한정하여 제 1 항 및 제 2 항을 적용한다. <신설 2012. 12. 11., 2020. 1. 29.>

④ 임용권자는 제 2 항제 4 호에 따른 휴직을 이유로 인사에 불리한 처우를 하여서는 아니 된다. <개정 2008. 3. 28.>

⑤ 제 1 항부터 제 4 항까지의 규정에 따른 휴직 제도 운영에 관하여 필요한 사항은 대통령령등으로 정한다. <개정 2008. 3. 28., 2012. 12. 11., 2015. 5. 18.>

[법규 18] 지방공무원법

제 2 조(공무원의 구분)

① 지방자치단체의 공무원(지방자치단체가 경비를 부담하는 지방공무원을 말하며, 이하 "공무원"이라 한다)은 경력직공무원과 특수경력직공무원으로 구분한다.

② "경력직공무원"이란 실적과 자격에 따라 임용되고 그 신분이 보장되며 평생 동안(근무기간을 정하여 임용하는 공무원의 경우에는 그 기간 동안을 말한다) 공무원으로 근무할 것이 예정되는 공무원을 말하며, 그 종류는 다음 각 호와 같다. <개정 2012. 12. 11., 2019. 12. 10.>

1. 일반직공무원: 기술 · 연구 또는 행정 일반에 대한 업무를 담당하는 공무원

2. 특정직공무원: 공립 대학 및 전문대학에 근무하는 교육공무원, 교육감 소속의 교육전문직원 및 자치경찰공무원과 그 밖에 특수 분야의 업무를 담당하는 공무원으로서 다른 법률에서 특정직공무원으로 지정하는 공무원

3. 삭제 <2012. 12. 11.>

③ "특수경력직공무원"이란 경력직공무원 외의 공무원을 말하며, 그 종류는 다음 각 호와 같다. <개정 2012. 12. 11.>

1. 정무직공무원

가. 선거로 취임하거나 임명할 때 지방의회의 동의가 필요한 공무원

나. 고도의 정책결정업무를 담당하거나 이러한 업무를 보조하는 공무원으로서 법령 또는 조례에서 정무직으로 지정하는 공무원

2. 별정직공무원: 비서관 · 비서 등 보좌업무 등을 수행하거나 특정한 업무 수행을 위하여 법령에서 별정직으로 지정하는 공무원

3. 삭제 <2012. 12. 11.>

4. 삭제 <2011. 5. 23.>

④ 제 3 항에 따른 별정직공무원의 임용조건, 임용절차, 근무 상한연령, 그 밖에 필요한 사항은 대통령령 또는 조례로 정한다. <개정 2011. 5. 23., 2012. 12. 11.>

[전문개정 2008. 12. 31.]

제 62 조(직권면직)

① 임용권자는 공무원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 직권으로 면직시킬 수 있다. <개정 2012. 12. 11., 2016. 5. 29.>

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우로서 직위가 없어지거나 과원이 된 때

가. 지방자치단체를 폐지하거나 설치하거나 나누거나 합친 경우

나. 직제와 정원이 개정되거나 폐지된 경우

다. 예산이 감소된 경우

2. 휴직기간이 끝나거나 휴직사유가 소멸된 후에도 직무에 복귀하지 아니하거나 직무를 감당할 수 없을 때

3. 전직시험에서 3 회 이상 불합격한 사람으로서 직무수행 능력이 부족하다고 인정될 때

4. 병역판정검사 · 입영 또는 소집 명령을 받고 정당한 이유 없이 이를 기피하거나 군복무를 위하여 휴직 중인 사람이 군복무 중 군무(軍務)를 이탈하였을 때

5. 제 65 조의 3 제 3 항에 따라 대기명령을 받은 사람이 그 기간 중 능력 또는 근무성적의 향상을 기대하기 어렵다고 인정될 때

6. 해당 직급 · 직위에서 직무를 수행하는 데 필요한 자격증의 효력이 없어지거나 면허가 취소되어 담당 직무를 수행할 수 없게 되었을 때

② 임용권자는 제 1 항에 따라 면직시킬 경우에는 미리 인사위원회의 의견을 들어야 한다. 다만, 제 1 항제 5 호에 따라 면직시킬 경우에는 해당 인사위원회의 동의를 받아야 하며, 시 · 군 · 구의 5 급 이상 공무원은 시 · 도인사위원회의 동의를 받아야 한다.

③ 임용권자는 제 1 항제 1 호에 따라 소속 공무원을 면직시킬 때에는 임용형태, 업무실적, 직무수행능력, 징계처분 사실 등을 고려하여 면직 기준을 정하여야 한다.

④ 제 3 항의 면직 기준을 정하거나 제 1 항제 1 호에 따라 면직 대상자를 결정할 때에는 미리 해당 인사위원회의 의결을 거쳐야 한다.

⑤ 제 1 항제 2 호에 따른 직권면직일은 휴직기간이 끝난 날 또는 휴직사유가 소멸한 날로 한다.

[전문개정 2008. 12. 31.]

제 63 조(휴직)

① 공무원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 임용권자는 본인의 의사에도 불구하고 휴직을 명하여야 한다.

1. 신체 · 정신상의 장애로 장기요양이 필요할 때

2. 「병역법」에 따른 병역의무를 마치기 위하여 징집되거나 소집되었을 때

3. 천재지변 또는 전시 · 사변이나 그 밖의 사유로 생사(生死) 또는 소재(所在)가 불명확하게 되었을 때

4. 「공무원의 노동조합 설립 및 운영 등에 관한 법률」 제 7 조에 따라 노동조합 전임자로 종사하게 되었을 때

5. 그 밖에 법률에 따른 의무를 수행하기 위하여 직무를 이탈하게 되었을 때

② 공무원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 휴직을 원하면 임용권자는 휴직을 명할 수 있다. 다만, 제 4 호의 경우에는 대통령령으로 정하는 특별한 사정이 없으면 휴직을 명하여야 한다. <개정 2011. 5. 23., 2013. 3. 23., 2013. 8. 6., 2014. 11. 19., 2015. 5. 18., 2015. 12. 29., 2017. 7. 26.>

1. 국제기구 · 외국기관, 국내외의 대학 · 연구기관, 다른 국가기관 또는 대통령령으로 정하는 민간기업, 그 밖의 기관에 임시로 채용될 때

2. 해외유학을 하게 되었을 때

3. 교육부장관 또는 행정안전부장관이 지정하는 연구기관이나 교육기관 등에서 연수하게 되었을 때

4. 만 8 세 이하 또는 초등학교 2 학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 필요하거나 여성공무원이 임신 또는 출산하게 되었을 때

5. 사고나 질병 등으로 장기간 요양이 필요한 조부모, 부모(배우자의 부모를 포함한다), 배우자, 자녀 또는 손자녀의 간호를 위하여 필요할 때. 다만, 조부모나 손자녀의 간호를 위하여 휴직할 수 있는 경우는 본인 외에는 간호할 수 있는 사람이 없는 등 대통령령으로 정하는 요건을 갖춘 경우로 한정한다.

6. 외국에서 근무 · 유학 또는 연수하게 되는 배우자를 동반할 때

7. 대통령령으로 정하는 기간 동안 재직한 공무원이 직무 관련 연구과제 수행 또는 자기개발을 위하여 학습 · 연구 등을 하게 된 때

③ 임기제공무원에 대하여는 제 1 항제 1 호 · 제 2 호 및 제 2 항제 4 호에 한정하여 제 1 항 및 제 2 항을 적용한다. <신설 2012. 12. 11., 2020. 1. 29.>

④ 임용권자는 제 2 항제 4 호에 따른 휴직을 이유로 불리한 처우를 하여서는 아니 된다.

⑤ 제 1 항부터 제 4 항까지의 규정에 따른 휴직제도 운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2012. 12. 11.>

[전문개정 2008. 12. 31.]

[법규 19] 공무원연금법

제 26 조(재직기간의 합산방법)

① 제 25 조제 2 항에 따라 재직기간 또는 복무기간을 합산받으려는 사람은 재직기간 합산신청서를 공단에 제출하여야 한다.

② 제 1 항에 따라 재직기간 합산신청을 하여 합산을 인정받은 사람은 퇴직 당시에 받은 퇴직급여액[제 65 조(「사립학교교직원 연금법」 제 42 조에서 준용하는 경우를 포함한다) 또는 「군인연금법」 제 38 조에 따라 급여액에 제한을 받았을 때에는 그 제한이 없는 경우에 받았어야 할 급여액으로 한다]에 대통령령으로 정하는 이자를 가산하여 공단에 반납하여야 한다. 다만, 재직기간 합산을 인정받은 사람이 퇴직연금 · 조기퇴직연금 또는 퇴역연금의 수급자인 경우에는 연금인 급여는 반납하지 아니한다. <개정 2019. 12. 10.>

③ 제 2 항에 따라 반납하여야 할 퇴직급여액과 이자(이하 "반납금"이라 한다)는 대통령령으로 정하는 바에 따라 분할하여 내도록 할 수 있다. 이 경우 대통령령으로 정하는 이자를 가산한다.

④ 공단은 재직기간 합산을 인정받은 사람이 합산이 인정된 재직기간의 전부 또는 일부의 합산 제외를 신청하거나 반납금을 6 개월 이상 체납한 경우 합산 제외를 신청한 기간 또는 합산 승인된 재직기간에서 이미 낸 반납금에 상당하는 재직기간을 공제한 기간을 합산에서 제외할 수 있다.

제 34 조(연금의 지급기간 및 지급시기)

① 연금인 급여는 그 급여의 사유(제 60 조에 따른 비공무상 장해연금 등급의 개정사유를 포함한다)가 발생한 날이 속하는 달의 다음 달부터 그 사유가 소멸된 날이 속하는 달까지의 급여분을 지급한다. 다만, 제 43 조제 1 항제 1 호부터 제 4 호까지 및 같은 조 제 2 항에 해당되는 경우에는 해당 퇴직연금 지급이 시작되는 시점이 되는 날이 속하는 달(제 25 조제 1 항에 따라 재직기간에 포함되는 경우는 제외한다)부터 그 사유가 소멸된 날이 속하는 달까지의 급여분을 지급한다.

② 연금인 급여의 지급을 정지할 사유가 발생한 경우에는 그 사유가 발생한 날이 속하는 달의 다음 달부터 그 사유가 소멸된 날이 속하는 달까지의 급여분 지급을 정지한다. 다만, 정지사유가 발생한 날과 그 사유가 소멸한 날이 같은 달에 속하는 경우에는 지급을 정지하지 아니한다.

③ 연금인 급여는 매월 대통령령으로 정하는 바에 따라 지급한다.

제 35 조(연금액의 조정)

① 연금인 급여는 「통계법」 제 3 조에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률에 해당하는 금액을 매년 늘리거나 줄인다.

② 제 1 항에 따라 조정된 금액은 해당 연도 1 월부터 12 월까지 적용한다.

[법규 20] 군인사법

제 2 조(적용 범위)

이 법은 다음 각 호의 사람에게 적용한다. <개정 2013. 6. 4., 2017. 3. 21.>

1. 현역에 복무하는 장교, 준사관(準士官), 부사관(副士官) 및 병(兵)
2. 사관생도(士官生徒), 사관후보생, 준사관후보생 및 부사관후보생

3. 소집되어 군에 복무하는 예비역 및 보충역

[전문개정 2011. 5. 24.]

[법규 21] 병역법

제 2 조(정의 등)

① 이 법에서 사용되는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2010. 1. 25., 2011. 5. 24., 2012. 12. 11., 2013. 6. 4., 2015. 7. 24., 2016. 5. 29., 2019. 1. 15., 2019. 12. 31.>

1. "징집"이란 국가가 병역의무자에게 현역(現役)에 복무할 의무를 부과하는 것을 말한다.

2. "소집"이란 국가가 병역의무자 또는 지원에 의한 병역복무자(제 3 조제 1 항 후단에 따라 지원에 의하여 현역에 복무한 여성을 말한다) 중 예비역(豫備役), 보충역(補充役), 전시근로역 또는 대체역에 대하여 현역 복무 외의 군복무(軍服務)의무 또는 공익 분야에서의 복무의무를 부과하는 것을 말한다.

3. "입영"이란 병역의무자가 징집(徵集) · 소집(召集) 또는 지원(志願)에 의하여 군부대에 들어가는 것을 말한다.

4. "군간부후보생"이란 장교 · 준사관 · 부사관의 병적 편입을 위하여 군사교육기관 또는 수련기관 등에서 교육이나 수련 등을 받고 있는 사람을 말한다.

5. "고용주"란 「근로기준법」의 적용을 받는 공 · 사 기업체나 공 · 사 단체의 장으로서 병역의무자를 고용하고 있는 자를 말한다.

6. "병역판정검사전문의사"란 의사 또는 치과의사 자격을 가진 사람으로서 「국가공무원법」에 따라 대통령령으로 정하는 일반직공무원으로 채용되어 신체검사업무 등에 복무하는 사람을 말한다.

7. "전환복무"란 현역병으로 복무 중인 사람이 의무경찰대원 또는 의무소방원의 임무에 복무하도록 군인으로서의 신분을 다른 신분으로 전환하는 것을 말한다.

8. "상근예비역"이란 징집에 의하여 현역병으로 입영(入營)한 사람이 일정기간을 현역병으로 복무하고 예비역에 편입된 후 향토방위(鄕土防衛)와 이와 관련된 업무를 지원하기 위하여 소집되어 복무하는 사람을 말한다.

9. "승선근무예비역"이란 「선박직원법」 제 4 조제 2 항제 1 호 및 제 2 호에 따른 항해사 또는 기관사로서 「비상대비자원 관리법」 또는 「비상사태등에 대비하기 위한 해운 및 항만 기능 유지에 관한 법률」에 따라 전시 · 사변 또는 이에 준하는 비상시에 국민경제에 긴요한 물자와 군수물자를 수송하기 위한 업무 또는 이와 관련된 업무의 지원을 위하여 소집되어 승선근무하는 사람을 말한다.

10. "사회복무요원"(社會服務要員)이란 다음 각 목의 기관 등의 공익목적 수행에 필요한 사회복지, 보건 · 의료, 교육 · 문화, 환경 · 안전 등의 사회서비스업무 및 행정업무 등의 지원을 위하여 소집되어 공익 분야에 복무하는 사람을 말한다.

가. 국가기관

나. 지방자치단체

다. 공공단체(公共團體)

라. 「사회복지사업법」 제 2 조에 따라 설치된 사회복지시설(이하 "사회복지시설"이라 한다)

10 의 2. 삭제 <2016. 1. 19.>

10 의 3. "예술 · 체육요원"이란 예술 · 체육 분야의 특기를 가진 사람으로서 제 33 조의 7 에 따라 편입되어 문화창달과 국위선양을 위한 예술 · 체육 분야의 업무에 복무하는 사람을 말한다.

11. "공중보건의사"란 의사 · 치과의사 또는 한의사 자격을 가진 사람으로서 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에서 정하는 바에 따라 공중보건업무에 복무하는 사람을 말한다.

12. 삭제 <2016. 1. 19.>

13. "공익법무관"이란 변호사 자격을 가진 사람으로서 「공익법무관에 관한 법률」에서 정하는 바에 따라 법률구조업무 또는 국가 · 지방자치단체의 공공목적의 업무수행에 필요한 법률사무에 복무하는 사람을 말한다.

14. "병역판정검사전담의사"란 의사 또는 치과의사 자격을 가진 사람으로서 제 34 조에 따라 병역판정검사전담의사로 편입되어 신체검사업무 등에 복무하는 사람을 말한다.

15. "공중방역수의사"란 수의사 자격을 가진 사람으로서 「공중방역수의사에 관한 법률」에서 정하는 바에 따라 가축방역업무에 복무하는 사람을 말한다.

16. "전문연구요원"이란 학문과 기술의 연구를 위하여 제 36 조에 따라 전문연구요원(專門硏究要員)으로 편입되어 해당 전문 분야의 연구업무에 복무하는 사람을 말한다.

17. "산업기능요원"이란 산업을 육성하고 지원하기 위하여 제 36 조에 따라 산업기능요원(産業技能要員)으로 편입되어 해당 분야에 복무하는 사람을 말한다.

17 의 2. "대체복무요원"이란 대체역으로 편입된 사람으로서 「대체역의 편입 및 복무 등에 관한 법률」에 따른 대체복무기관에 소집되어 공익 분야에 복무하는 사람을 말한다.

18. "병역지정업체"란 전문연구요원이나 산업기능요원이 복무할 업체로서 다음 각 목의 업체를 말한다.

가. 제 36 조에 따라 병무청장이 선정한 연구기관, 기간산업체 및 방위산업체

나. 「농어업경영체 육성 및 지원에 관한 법률」 제 19 조에 따른 농업회사법인(이하 "농업회사법인"이라 한다)

다. 「농업기계화 촉진법」 제 11 조제 2 항에 따른 농업기계의 사후관리업체(이하 "사후관리업체"라 한다)

19. "공공단체"란 공익목적을 수행하기 위하여 법률에 따라 설치된 법인 또는 단체로서 대통령령으로 정하는 법인 또는 단체를 말한다.

② 이 법에서 병역의무의 이행시기를 연령으로 표시한 경우 "○○세부터"란 그 연령이 되는 해의 1 월 1 일부터를, "○○세까지"란 그 연령이 되는 해의 12 월 31 일까지를 말한다.

[전문개정 2009. 6. 9.]