

단체안심상해보험

(메리츠일반-특종/상해/상해B-1-2311A)

메리츠화재해상보험주식회사

이 약관은 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

메리츠금융그룹 고객정보 취급방침

메리츠금융그룹을 아끼고 사랑해 주시는 고객여러분께 깊은 감사를 드립니다.

메리츠금융그룹은 금융지주회사법령에 의해 그룹사간에는 고객정보의 제공 및 이용이 가능하게 되어 있습니다.

이에 다음과 같이 안내하여 드리오니 참고하시기 바랍니다.

■ 금융지주회사법 제48조의2(고객정보의 제공 및 관리)

① 금융지주회사등은 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한법률」 제4조 제1항 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조·제33조에도 불구하고 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료(이하 "금융거래정보"라 한다) 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조제1항에 따른 대통령령으로 정하는 개인신용정보(이하 "개인신용정보"라 한다)를 다음 각 호의 사항에 관하여 금융위원회가 정하는 방법과 절차(이하 "고객정보제공절차"라 한다)에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.

1. 제공할 수 있는 정보의 범위
2. 고객정보의 암호화 등 처리방법
3. 고객정보의 분리 보관
4. 고객정보의 이용기간 및 이용목적
5. 이용기간 경과 시 고객정보의 삭제
6. 그 밖에 고객정보의 엄격한 관리를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 금융지주회사의 자회사등인 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자는 해당 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 증권을 매매하거나 매매하고자 하는 위탁자가 위탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보(이하 "증권총액정보등"이라 한다)를 고객정보제공절차에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.

1. 위탁한 금전의 총액
2. 위탁한 증권의 총액
3. 위탁한 증권의 종류별 총액
4. 채무증권의 종류별 총액
5. 수익증권으로서 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의 종류별 총액
6. 위탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권 보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

이에 따라 **메리츠금융그룹**은 메리츠금융지주회사를 중심으로 고객정보를 그룹사간에 제공 및 이용하기 위하여 「고객정보 취급방침」을 제정·운영하고 있습니다.

이러한 고객정보의 제공 및 이용은 고객 여러분의 금융거래에 따른 불편함을 해소하고 더욱 더 만족스러운 금융서비스를 제공하기 위해 시행하는 것이며 만에 하나 발생할지도 모르는 부작용을 방지하기 위하여 다음과 같이 제공되는 정보의 종류 및 제공처를 한정하고, 정보의 엄격한 관리를 위한 제도를 마련하였습니다.

I. 제공되는 고객정보의 종류

1. 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료
2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조제1항에 따른 개인신용정보
 - 가. 특정 신용정보주체를 식별할 수 있는 정보 : 생존하는 개인의 성명, 주소, 주민등록번호, 외국인등록번호, 국내거소신고번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호, 성별, 국적 및 직업 등
 - 나. 신용정보주체의 거래내용을 판단할 수 있는 정보 : 대출, 보증, 담보제공, 당좌거래(가계 당좌거래를 포함한다), 신용카드, 할부금융, 시설대여와 금융거래 등 상거래와 관련하여 그 거래의 종류, 기간, 금액 및 한도 등에 관한 사항
 - 다. 신용정보주체의 신용도를 판단할 수 있는 정보 : 금융거래 등 상거래와 관련하여 발생한 연체, 부도, 대위변제, 대지급과 거짓, 속임수, 그 밖의 부정한 방법에 의한 신용질서 문란행위와 관련된 금액 및 발생·해소의 시기 등에 관한 사항
 - 라. 신용정보주체의 신용거래능력을 판단할 수 있는 정보 : 개인의 직업·재산·채무·소득의 총액 및 납세실적
 - 마. 그 밖에 정보 : 법원 또는 공공기관의 재판·결정 정보, 조세 또는 공공요금 등의 체납정보, 주민등록 관련 정보 및 그 밖에 공공기관이 보유하는 정보 등
3. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 매매하고자 하는 위탁자가 위탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 목에 해당하는 정보
 - 가. 위탁한 금전의 총액
 - 나. 위탁한 증권의 총액
 - 다. 위탁한 증권의 종류별 총액
 - 라. 채무증권의 종류별 총액
 - 마. 수익증권으로서 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의 종류별 총액
 - 바. 위탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

II. 고객정보의 제공처

메리츠금융그룹 중 금융지주회사법령에 의한 고객정보의 제공 및 이용이 가능한 회사는 메리츠금융지주회사, 메리츠화재, 메리츠증권, 메리츠캐피탈, 메리츠자산운용, 메리츠대체투자운용입니다.

III. 고객정보의 보호에 관한 내부방침

메리츠금융그룹에서는 고객 여러분의 고객정보를 최대한 안전하게 관리하기 위해 그룹사간 정보 제공 및 이용이 아래와 같이 엄격한 절차와 관리·감독 하에 이루어지도록 하였습니다.

- ① 고객정보의 제공 및 이용은 신용위험관리 등 내부 경영관리 목적으로만 이용되도록 하였습니다.
 - ② 그룹사의 임원 1인 이상을 고객정보관리인으로 선임하여 고객정보의 제공 및 이용에 관련된 일체의 책임을 지도록 하였습니다.
 - ③ 그룹사별로 소관부서 및 담당자를 지정하여 체계적이고 집중적인 관리를 도모하였습니다.
 - ④ 고객정보의 요청 및 제공시 서면 또는 전자결재시스템을 통하여 고객정보관리인의 결재를 받은 후 요청 및 제공하도록 하는 등 업무 프로세스의 정형화를 통해 엄격한 관리 및 통제가 이루어지도록 하였습니다. (단, 금융지주회사감독규정에서 정한 고객정보관리인의 승인 의무
-

를 적용받지 않는 사항은 제외)

- ⑤ 그룹사간 고객정보의 요청 및 제공, 이용 등과 관련한 업무에 대하여 금융지주회사 고객정보관리인에게 총괄관리 역할을 부여함으로써 고객정보의 보호에 만전을 기하였습니다.
- ⑥ 고객정보의 제공 및 이용 관련 취급방침의 제·개정시 2개 이상의 일간지에 공고하고, 각 영업점(본점 해당부서 포함), 그리고 각 그룹사 홈페이지 등에 게시하는 등 고객공지 의무에 최선을 다할 것입니다.
- ⑦ 위법·부당한 방법으로 인해 피해를 입게 된 고객 분을 위해 적절한 보상 및 처리가 이루어지도록 민원사항에 대한 안내 및 상담, 처리, 그리고 결과 및 통지 등 민원처리 관련 일체의 업무를 수행할 소관부서를 그룹사마다 두었습니다. 그리고 소관부서 외 금융감독원 분쟁조정제도를 통하여 구제받으실 수 있도록 하였습니다.
- ⑧ 고객정보 제공 및 관리에 대한 권한이 부여된 자만 고객정보에 접근하고, 고객정보의 송·수신, 보관 등에 있어 암호화하여 관리하며, 천재지변 및 외부로부터의 공격·침입 등 불가항력에 대비한 보안시스템을 구축하였고, 고객정보와 관련된 임직원에게 대하여는 정기적으로 보안 교육을 실시하는 등 철저한 보안 대책을 마련하고 있습니다.

메리츠금융그룹은 그룹사간 고객정보의 제공 및 이용을 허용한 것이 금융서비스의 질을 높이고, 나아가 우리나라 금융산업을 선진화시키기 위한 조치임을 명심하고 고객정보의 교류를 토대로 고객 여러분들께 보다 편리하고 질 높은 선진금융서비스를 제공할 것을 약속드리며, 고객 여러분의 고객정보의 보호 및 엄격한 관리를 위해 최선을 다할 것입니다.

메리츠금융그룹

메리츠금융지주	고객정보관리인
메리츠화재	고객정보관리인
메리츠증권	고객정보관리인
메리츠캐피탈	고객정보관리인
메리츠자산운용	고객정보관리인
메리츠대체투자운용	고객정보관리인

개인신용정보 제공·이용에 대한 고객 권리 안내문

개인신용정보는 반드시 고객님의 동의를 얻은 후 타인에게 제공 및 활용하고 있습니다.
고객님께서서는 제공된 정보의 열람을 청구할 수 있으며, 활용 중단을 신청할 수 있습니다.

1. 금융서비스의 이용

고객의 개인신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험관련 금융서비스는 제휴 회사 등에 대한 정보의 제공·활용 동의여부와 관계없이 이용할 수 있습니다. 다만, 제3자에 대한 정보의 제공·활용에 동의하지 않으시는 경우에는 제휴·부가서비스, 신상품서비스 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 고객 개인신용정보의 제공·활용 중단 신청

가. 신용정보 이용 및 제공사실의 조회 요구

고객은 「신용정보법」 제35조에 따라 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보')를 마케팅 목적으로 이용·제공한 경우 이용·제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

신청방법

- 전화 : 1566-7711
- 홈페이지 : <http://www.meritzfire.com>

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은 「신용정보법」 제36조에 따라 금융회사가 전국은행연합회, 신용조사회사 등으로 부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절·중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인 정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은 「신용정보법」 제37조에 따라 가입 신청시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 금융회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단 시킬 수 있습니다.(다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조사회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.)

신청방법

- 전화 : 1566-7711
- 홈페이지 : <http://www.meritzfire.com>

신청자 제한 : 마케팅 목적의 이용·제공 동의철회는 즉시 가능하며, 단, 보험계약 체결·유지·관리 이행을 위한 동의는 체결 계약의 유지·관리를 위한 필수 동의사항으로 사안에

따라 철회가 불가할 수도 있습니다.

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은 「신용정보법」 제38조에 따라 금융회사가 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

신청방법

- 전화 : 1566-7711
- 홈페이지 : <http://www.meritzfire.com>

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은 「신용정보법」 제39조에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

연락처

- NICE신용평가정보(주)
 - 전화 : 02-2122-4000, 홈페이지 : <http://www.nice.co.kr>
- SCI평가정보(주)
 - 전화 : 02-3445-5000, 홈페이지 : <http://www.sci.co.kr>
- 코리아크레딧뷰로(주)
 - 전화 : 02-708-6000, 홈페이지 : <http://www.kcb4u.com>

바. 본인정보의 삭제 요구

고객은 「신용정보법」 제38조의3에 따라 보험거래종료 후 5년 경과한 경우 본인정보를 삭제요구 하실 수 있습니다.

- * 보험거래종료일은 1) 보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 2) 보험금 청구권 소멸시효 완성일, 채권·채무관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단합니다.
- * 다만, 만기 등 사유발생일 이후라도 만기환급금 또는 해약환급금 등을 수령하지 않았거나 상환할 금액이 남아 있는 경우, 보험금 지급이 진행중이거나 수사·소송이 진행중인 경우 거래종료에 해당하지 않습니다.

신청방법

- 전화 : 1566-7711
- 홈페이지 : <http://www.meritzfire.com> > 본인인증센터 > 개인정보보호 > 개인신용정보관리

3. 본인정보 유출시 피해 보상

고객은 금융회사의 귀책사유로 인한 본인정보 유출로 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받을 수 있습니다.

4. 위의 권리행사와 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우
아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

연락처

- 당사 개인신용정보보호 담당자
: 02-3786-2513 / 서울시 강남구 강남대로 382
- 손해보험협회 개인신용정보보호 담당자
: 02-3702-8500 / 서울 종로구 종로1길 50, 케이트원타워 B동 15,16층
- 금융감독원 개인신용정보보호 담당자
: 금융민원센터 1332 / 서울특별시 영등포구 여의대로 38

안내말씀

계약자께서는 보험증권의 기재 사항을 확인하시고 약관내용을 꼭 읽어 보셔서 이 계약과 관련한 권리·의무 행사에 착오 없으시기 바랍니다.

유의사항

특별약관은 보험 증권에 명기된 것에 한하여 적용됩니다.

◆ 모집질서 확립 경구 ◆

보험계약 체결과 관련한 특별이익제공 행위는 보험업법에 의하여 처벌 받을 수 있습니다.

◆ 신고센터안내 문구 ◆

■ 보험모집질서 위반 신고센터

▶ 금융감독원

전화 : 3786-7536, 팩스 : 3786-7547, 인터넷 www.fss.or.kr

◆ 금융감독원 보험범죄신고센터 ◆

전화 : 1332

인터넷 : 금융감독원 보험사기방지센터(<http://insucop.fss.or.kr>)

◆ 방카슈랑스 부조리 신고센터 ◆

금융기관 보험대리점이 보험계약자 또는 피보험자에게 대출과 연계하여 보험가입을 강요하거나 기존에 가입한 보험계약을 부당하게 해지하도록한 후 새로운 보험계약의 가입을 권유하는 등 부당한 요구를 한 경우, 금융감독원으로 신고하여 주시기 바랍니다.

▶ 금융감독원전화 : 국번없이 1332, 홈페이지 : www.fss.or.kr

◆ 보험관련 민원상담 및 분쟁조정 안내 ◆

보험계약, 보상 관련 및 보험금 지급 등에 관하여 불만사항이 있으실 경우, 저희 회사에 이의를 제기하여 주시면, 신속하고 정확하게 처리하도록 하겠습니다.

전화 : 메리츠화재 민원상담 02)6464-3522/3535

홈페이지 : www.meritzfire.com > 소비자보호광장 > 전자민원신청

가입자 유의사항

이 가입자 유의사항은 일반적인 보험약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 자세한 사항 및 유의사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

○ 보험계약 전 알릴 의무 위반

- 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 회사에 알려야 합니다. 그렇지 않은 경우 보험금 지급이 거절되거나 보험계약이 해지될 수 있습니다.

○ 상해 및 질병관련 보장

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.

○ 타인을 위한 계약

- 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 보험계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 보험계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

○ 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 약관에서 정한 비율에 따라 보험금을 계산하여 지급합니다
-

주요내용 요약서

이 주요내용 요약서는 일반적인 보험약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 자세한 사항 및 유의사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

1. 자필서명

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

2. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3. 계약취소

계약 청약시 보험약관과 계약자 보관용 청약서(청약서부분)를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약 체결시 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명을 포함함)을 하지 않은 때에는 보험계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의

이자를 더하여 지급합니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

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

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 그러지 않습니다.
- 만 15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우.
- 계약 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 무효(재물 및 배상책임보장 관련)

계약을 맺을 때에 보험목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 약관에서 정하는 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

8. 계약 전 · 후 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 보험계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단 계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.
 - 2) 계약 후 알릴 의무 : 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.
 - 피보험자가 직업 또는 직무를 변경하거나 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.) 등
 - 보험목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같
-

-
- 은 계약이 있음을 알았을 경우 등
 - 보험목적물 양도하거나 이동하는 경우 등
 - 보험의 목적 또는 보험의 목적을 수용하는 건물의 구조를 변경, 개축, 증축 및 용도를 변경하여 위험이 변경된 경우 등
 - 기타 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 경우
- 3) 회사는 “2) 계약 후 알릴 의무”에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

9. 보험금의 지급절차(신체보장 관련)

회사는 약관에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 지급하여 드립니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다.

10. 보험금의 지급절차(재물보장, 배상책임보장 관련)

회사는 약관에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

11. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 보험계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

주요 보험용어 해설

보험용어	용어 해설
보험약관	보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
보험증권	보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서
보험가액	재산보험에 있어 피보험이익을 금전으로 평가한 금액으로 보험목적에 발생할 수 있는 최대 손해액(회사가 실제 지급하는 보험금은 보험가액을 초과할 수 없습니다)
보험가입금액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 지급할 최대 보험금
보상한도액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 책임지는 금액의 최대 한도
자기부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간으로 보험증권에 기재된 기간
보험연도	보험계약일로부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음연도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)를 말함
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, “토요일”, “관공서의 공휴일에 관한 규정에 따른 공휴일” 및 “근로자의 날”을 제외한 날을 의미합니다.

- 목 차 -

단체안심상해보험 보통약관	1
제1관 목적 및 용어의 정의	1
제1조(목적)	1
제2조(용어의 정의)	1
제2관 보험금의 지급	2
제3조(보험금의 지급사유)	2
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	2
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	4
제6조(보험금 지급사유의 통지)	5
제7조(보험금의 청구)	5
제8조(보험금의 지급절차)	5
제9조(보험금 받는 방법의 변경)	6
제10조(주소변경통지)	6
제11조(보험수익자의 지정)	7
제12조(대표자의 지정)	7
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	7
제13조(계약 전 알릴 의무)	7
제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)	8
제15조(알릴 의무 위반의 효과)	9
제16조(사기에 의한 계약)	10
제4관 보험계약의 성립과 유지	10
제17조(보험계약의 성립)	10
제18조(청약의 철회)	11
제19조(약관교부 및 설명의무 등)	12
제20조(계약의 무효)	12
제21조(계약내용의 변경 등)	13
제22조(보험나이 등)	14
제23조(계약의 소멸)	15
제5관 보험료의 납입	15
제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	15
제25조(제2회 이후 보험료의 납입)	16
제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	16
제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	16
제28조(강제징행 등의 절차에 따라 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	17
제6관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등	17
제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	18
제29조의2(위법계약의 해지)	18
제30조(중대사유로 인한 해지)	18

제31조(회사의 파산선고와 해지)	18
제32조(보험료의 환급)	19
제7관 분쟁의 조정 등	19
제33조(분쟁의 조정)	19
제34조(관할법원)	19
제35조(소멸시효)	20
제36조(약관의 해석)	20
제37조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	20
제38조(회사의 손해배상책임)	20
제39조(개인정보보호)	21
제40조(준거법)	21
제41조(예금보험에 의한 지급보장)	21

단체안심상해보험 특별약관 **22**

1. 상해위험담보	22
24시간 상해 사망 및 고도후유장해 특별약관	22
24시간 상해 ()%이상 고도후유장해발생 특별약관	23
24시간 상해 ()%미만 후유장해 특별약관	24
24시간 상해(교통상해 제외) 특별약관	25
업무중 상해(출·퇴근 포함) 특별약관	26
업무중 상해(출·퇴근 포함) 사망 및 고도후유장해 특별약관	27
업무중 상해(출·퇴근 포함) ()%이상 고도후유장해 특별약관	28
업무중 상해(출·퇴근 포함) ()%미만 후유장해 특별약관	29
업무외 상해(출·퇴근 포함) 특별약관	30
업무외 상해(출·퇴근 포함) 사망 및 고도후유장해 특별약관	31
업무외 상해(출·퇴근 포함) ()%이상 고도후유장해 특별약관	32
업무외 상해(출·퇴근 포함) ()%미만 후유장해 특별약관	33
업무외 상해(출·퇴근 제외) 사망·후유장해 특별약관	34
업무외 상해(출·퇴근 제외) 사망 및 고도후유장해 특별약관	35
업무외 상해(출·퇴근 제외) ()%이상 고도후유장해 특별약관	36
업무외 상해(출·퇴근 제외) ()%미만 후유장해 특별약관	37
휴일상해 특별약관	38
휴일상해 사망 및 고도후유장해 특별약관	39
휴일상해 ()%이상 고도후유장해 특별약관	40
휴일상해 ()%미만 후유장해 특별약관	41
교통상해 특별약관	42
교통상해 사망 및 고도후유장해 특별약관	43
교통상해 ()%이상 고도후유장해발생 특별약관	44
교통상해 ()%미만 후유장해 특별약관	45
휴일교통상해 특별약관	46
휴일교통상해 사망 및 고도후유장해 특별약관	48

휴일교통상해 ()%이상 고도후유장해 특별약관	50
휴일교통상해 ()%미만 후유장해 특별약관	52
휴무일상해 특별약관	54
특정요일(평일)상해 특별약관	55
교육기관생활중 상해 특별약관	56
교육기관생활중 상해위험(등·하교중 제외) 특별약관	57
학교생활외 상해위험(1) 특별약관	58
대중교통상해 특별약관	59
대중교통상해 사망 및 고도후유장해 특별약관	60
대중교통상해 ()%이상 고도후유장해 특별약관	61
대중교통상해 ()%미만 후유장해 특별약관	62
항공기탑승중 상해위험 특별약관	63
고속도로이용중 교통상해 특별약관	64
전세버스 상해사망후유장해 특별약관	65
스포츠 단체상해 특별약관	66
프로 및 아마추어단체 상해위험 특별약관	67
특정여가활동중상해 특별약관	68
뺑소니 및 무보험차 상해 사망 후유장해 특별약관	69
뺑소니상해 사망·후유장해 특별약관	70
건강관리활동중 상해 특별약관	71
건강관리활동중 상해 추상장해 특별약관	72
자전거 교통상해 사망·후유장해 특별약관	73
자전거 교통상해 사망 및 고도후유장해 특별약관	74
자전거 교통상해 ()%이상 고도후유장해 추가특별약관	75
자전거 교통상해 ()%미만 후유장해 특별약관	76
출·퇴근중 상해 사망·후유장해 특별약관	77
출·퇴근중 상해 사망 및 고도후유장해 특별약관	78
출·퇴근중 상해 ()%이상 고도후유장해 추가특별약관	79
출·퇴근중 상해 ()%미만 후유장해 특별약관	80
성폭력범죄상해 특별약관	81
의사상자 상해위험 특별약관	83
헌혈후유증 특별약관	84
강도상해위험 특별약관	85
외모(얼굴, 머리, 목) 추상장해만의 특별약관	86
폭발·화재 및 붕괴사고 상해 사망·후유장해 특별약관	87
익사사고 사망 특별약관	88
물놀이사고 사망 특별약관	89
순직 특별약관	90
공무상 사망 특별약관	91
자연재해사망 특별약관	92
자연재해후유장해 특별약관	94

농기계사고 상해 특별약관	95
가스사고 상해 특별약관	96
유독성물질 사망 특별약관	97
침몰사고 사망 특별약관	98
스쿨존 교통사고 후유장해 특별약관	99
상해사고 ()일이상 진단 특별약관	101
상해사고 ()일이상 진단(교통상해 제외) 특별약관	102
자전거사고 상해진단 특별약관	103
감전사고 사망후유장해 특별약관	104
사회재난(감염병 제외) 특별약관	105
운동 및 기타위험 확장보상(전문등반 등) 특별약관(Ⅰ)	107
운동 및 기타위험 확장보상(자동차경기 등) 특별약관(Ⅱ)	108
24시간 상해확장보상 추가특별약관	109
24시간 상해확장보상 추가특별약관Ⅱ	110
24시간 상해확장보상 추가특별약관Ⅲ	112
24시간 상해확장보상 추가특별약관Ⅳ	114
교통상해확장보상 추가특별약관	116
상해사망·후유장해 부보장 특별약관	118
상해사망 부보장 특별약관	119
상해후유장해 부보장 특별약관	120
상해사망 부보장 특별약관Ⅱ	121
상해후유장해 부보장 특별약관Ⅱ	122
상해확장보장 추가특별약관(Ⅱ)	123
2. 산업재해담보	124
산업재해 사망 특별약관	124
산업재해 질병사망 특별약관	126
산업재해 상해사망 특별약관	127
산업재해 장해 특별약관	128
산업재해 질병장해 특별약관	130
산업재해 상해장해 특별약관	132
3. 상해 입원일당 담보 등	134
24시간상해 입원일당 특별약관Ⅰ	134
24시간상해 입원일당(산재·자동차사고 부보장) 특별약관Ⅰ	135
24시간상해 입원일당(산재사고 부보장) 특별약관Ⅰ	136
24시간상해 입원일당(자동차사고 부보장) 특별약관Ⅰ	137
24시간상해 입원일당 특별약관Ⅱ	138
24시간상해 입원일당(산재·자동차사고 부보장) 특별약관Ⅱ	139
24시간상해 입원일당(산재사고 부보장) 특별약관Ⅱ	140
24시간상해 입원일당(자동차사고 부보장) 특별약관Ⅱ	141
업무중 상해(출·퇴근 포함) 입원일당 특별약관	142
상해 입원비 특별약관	143

교통상해 입원일당 특별약관	144
24시간상해 수술동반 입원일당(2일 이상 20일 한도) 특별약관	146
24시간상해 중환자실 입원일당 특별약관	149
간병인사용 상해입원일당(요양병원 제외, 1일이상 180일한도) 특별약관	151
간병인사용 상해입원일당(요양병원, 1일이상 180일한도) 특별약관	154
간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관	157
4. 질병 입원 및 통원일당 담보 등	160
질병입원일당 특별약관 I	160
4일이상 입원만의 추가특별약관 I	162
질병입원일당(출산포함) 특별약관 I	163
4일이상 입원(출산포함)만의 추가특별약관 I	165
질병입원일당(산재·자동차사고 부보장) 특별약관 I	166
질병입원일당(산재사고 부보장) 특별약관 I	168
질병입원일당(자동차사고 부보장) 특별약관 I	170
4일이상 입원(산재·자동차사고 부보장)만의 추가특별약관 I	172
4일이상 입원(산재사고 부보장)만의 추가특별약관 I	173
4일이상 입원(자동차사고 부보장)만의 추가특별약관 I	174
질병입원일당(출산포함, 산재·자동차사고 부보장) 특별약관 I	175
질병입원일당(출산포함, 산재사고 부보장) 특별약관 I	177
질병입원일당(출산포함, 자동차사고 부보장) 특별약관 I	179
4일이상 입원(출산포함, 산재·자동차사고 부보장)만의 추가특별약관 I	181
4일이상 입원(출산포함, 산재사고 부보장)만의 추가특별약관 I	182
4일이상 입원(출산포함, 자동차사고 부보장)만의 추가특별약관 I	183
질병입원일당 특별약관 II	184
4일이상 입원만의 추가특별약관 II	186
질병입원일당(출산포함) 특별약관 II	187
4일이상 입원(출산포함)만의 추가특별약관 II	189
질병입원일당(산재·자동차사고 부보장) 특별약관 II	190
질병입원일당(산재사고 부보장) 특별약관 II	192
질병입원일당(자동차사고 부보장) 특별약관 II	194
4일이상 입원(산재·자동차사고 부보장)만의 추가특별약관 II	196
4일이상 입원(산재사고 부보장)만의 추가특별약관 II	197
4일이상 입원(자동차사고 부보장)만의 추가특별약관 II	198
질병입원일당(출산포함, 산재·자동차사고 부보장) 특별약관 II	199
질병입원일당(출산포함, 산재사고 부보장) 특별약관 II	201
질병입원일당(출산포함, 자동차사고 부보장) 특별약관 II	203
4일이상 입원(출산포함, 산재·자동차사고 부보장)만의 추가특별약관 II	205
4일이상 입원(출산포함, 산재사고 부보장)만의 추가특별약관 II	206
4일이상 입원(출산포함, 자동차사고 부보장)만의 추가특별약관 II	207
암입원비(요양병원 제외) 특별약관	208
요양병원 암입원비 특별약관	212

누적외상성질환(VDT증후군) 입원일당 특별약관	215
7대질병 입원일당 특별약관	217
2대질병 입원일당 특별약관	220
공무상 입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관	223
공무상 입원일당(1일이상 365일한도) 특별약관	225
질병 수술동반 입원일당(2일 이상 20일 한도) 특별약관	227
질병 수술동반 입원일당(2일 이상 20일 한도, 출산포함) 특별약관	231
질병 중환자실 입원일당 특별약관	235
질병 중환자실 4일이상 입원만의 추가특별약관	238
간병인사용 질병입원일당(요양병원 제외, 1일이상 180일한도) 특별약관	239
간병인사용 질병입원일당(요양병원, 1일이상 180일한도) 특별약관	243
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관	246
뇌졸중통원일당(1일이상 30일한도) 특별약관	249
뇌졸중중합병원통원일당(1일이상 30일한도) 특별약관	251
뇌졸중상급중합병원통원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관	253
급성심근경색증통원일당(1일이상 30일한도) 특별약관	256
급성심근경색증중합병원통원일당(1일이상 30일한도) 특별약관	258
급성심근경색증상급중합병원통원일당(1일이상 30일한도) 특별약관	260
암직접치료통원일당(1일이상 30일한도) 특별약관	263
유산 입원일당(6일 이상 120일 한도) 특별약관	266
5. 실손의료비 담보	268
실손의료보험 특별약관	268
<input type="checkbox"/> 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비)	268
<input type="checkbox"/> 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)	300
질병급여의료비 출산확장 추가특별약관	318
질병비급여의료비 출산확장 추가특별약관	319
입원의료비 한방(상해, 질병비급여) 추가특별약관	320
입원의료비 한방(3대비급여) 추가특별약관	321
입원의료비 치과(상해, 질병비급여) 추가특별약관	322
입원의료비 치과(3대비급여) 추가특별약관	323
질병확장보장 추가특별약관	324
상해확장보장 추가특별약관	325
국민건강보험 비가입자 추가특별약관	326
실손의료비(상해급여) 운동 및 기타위험 확장보상(전문등반 등)(Ⅰ) 추가특별약관	327
실손의료비(상해비급여) 운동 및 기타위험 확장보상(전문등반 등)(Ⅰ) 추가특별약관	328
실손의료비(3대비급여) 운동 및 기타위험 확장보상(전문등반 등)(Ⅰ) 추가특별약관	329
실손의료비(상해급여) 운동 및 기타위험 확장보상(자동차경기 등)(Ⅱ) 추가특별약관	330
실손의료비(상해비급여) 운동 및 기타위험 확장보상(자동차경기 등)(Ⅱ) 추가특별약관	331
실손의료비(3대비급여) 운동 및 기타위험 확장보상(자동차경기 등)(Ⅱ) 추가특별약관	332
실손의료비(상해급여) 운동 및 기타위험 확장보상(직무상 선박 탑승중)(Ⅲ) 추가특별약관	333
실손의료비(상해비급여) 운동 및 기타위험 확장보상(직무상 선박 탑승중)(Ⅲ) 추가특별약관	334

실손의료비(3대비급여) 운동 및 기타위험 확장보상(직무상 선박 탑승중)(III) 추가특별약관	335
상해급여 실손의료비 통원 부보장 추가특별약관	336
질병급여 실손의료비 통원 부보장 추가특별약관	338
상해비급여 실손의료비 통원 부보장 추가특별약관	340
질병비급여 실손의료비 통원 부보장 추가특별약관	342
6. 질병위험 및 수술비 담보	343
질병사망 및 질병80%이상고도후유장해 특별약관	343
질병사망 특별약관	345
질병80%이상고도후유장해 특별약관	346
질병50%이상 고도후유장해 특별약관	348
질병50%이상 80%미만 고도후유장해 특별약관	350
질병80%미만 후유장해 특별약관	352
암사망 및 암80%이상후유장해 특별약관	354
암진단 특별약관	357
특정암진단 특별약관	359
여성3대암 진단비 특별약관	361
남성3대암 진단비 특별약관	363
소아3대암진단비 특별약관	365
과로사 특별약관	367
과로사관련 특정질병사망 및 80%이상 후유장해 특별약관	369
급성심근경색증진단비 특별약관	371
허혈성심질환 진단비 특별약관	372
심장질환사망 특별약관	373
뇌졸중진단비 특별약관	374
뇌출혈진단비 특별약관	375
뇌혈관질환 진단비 특별약관	376
항암방사선약물치료비 특별약관	377
통풍진단비 특별약관	379
대상포진진단비 특별약관	380
대상포진눈병진단비 특별약관	381
독감 및 폐렴 사망 특별약관	382
결핵진단비 특별약관	383
약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비 특별약관	384
간경변증진단비 특별약관	385
다발경화증진단비 특별약관	386
온열질환 진단비(1회 한도) 특별약관	387
암 한방치료비 특별약관	388
뇌졸중 한방치료비 특별약관	392
급성심근경색증 한방치료비 특별약관	395
만성당뇨합병증진단비 특별약관	398
수술비용 특별약관	399

수술비용(연간1회한) 특별약관	400
수술비용(연간2회한) 특별약관	401
암수술비 특별약관	402
특정암 수술비용 특별약관	405
성별특정질병 수술비 특별약관	407
간질환 수술비 특별약관	409
각막이식 수술비 특별약관	410
총수염 수술비 특별약관	411
뇌·내장수술비 특별약관	412
1~5종 수술비 특별약관 II	414
21대질병 수술비 특별약관	416
상해 수술비용 특별약관	418
상해 통원(당일입원 포함) 수술비용 특별약관	419
질병 통원(당일입원 포함) 수술비용 특별약관	420
상해수술비(1~7종, 급여, 연간3회한) 특별약관	421
질병수술비(1~7종, 급여, 연간3회한) 특별약관	426
1~3종 수술비용 특별약관	431
특정 손가락·발가락 수술비 특별약관	432
특정 손가락·발가락 수술비(연간1회한) 특별약관	433
특정 손가락·발가락 수술비(연간2회한) 특별약관	434
대장 양성종양및특정폴립 진단비 특별약관	435
위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립 진단비 특별약관	437
위,십이지장 양성종양및특정폴립 진단비 특별약관	439
모성사망 특별약관	441
모성사망 특별약관 II	443
계속암진단비(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외) 특별약관	445
계속암진단비(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 포함) 특별약관	448
7대질병 수술비 특별약관	450
특정13대질병 수술비 특별약관	452
14대질병 수술비 특별약관	454
16대질병 수술비 특별약관	456
18대질병 수술비 특별약관	458
이차성고혈압 진단비 특별약관	460
본태성(원발성)고혈압 진단비 특별약관	461
난임 진단비 특별약관	462
특정2대 중추신경계질환 진단비 특별약관	463
특정5대 순환계질환(혈관질환) 진단비 특별약관	464
특정5대 호흡계질환(폐렴, 하부호흡기 및 흉막질환) 진단비 특별약관	465
특정2대 호흡계질환(간질·화농·괴사성질환) 진단비 특별약관	466
특정4대 소화계질환(총수·복막·기타장질환) 진단비 특별약관	467
특정6대 소화계질환(궤양, 게실염) 진단비 특별약관	468

상해흉터복원 수술비보장 특별약관	469
유산 진단비 특별약관	471
유산 수술비 특별약관	472
이상지질혈증진단비 특별약관	473
고액치료비암진단 특별약관	474
고액치료비암진단 특별약관 II	476
우울증 진단비 특별약관	478
공황장애 진단비 특별약관	479
당뇨병(당화혈색소 ()%이상) 진단비 특별약관	480
질병확장보장 추가특별약관(II)	481
7. 치과관련담보	482
치아보존치료비 I 특별약관	482
치아보존치료비 II 특별약관	484
치아보존치료비(단체) 특별약관	486
치아보존치료비(단체) II 특별약관	489
치아보철치료비 I 특별약관	492
치아보철치료비 II 특별약관	495
치아보철치료비(단체) 특별약관	498
치아보철치료비(단체) II 특별약관	501
치주질환치료비 특별약관	503
치아발거(상해,질병) 특별약관	505
치아발거(상해,질병)_3개한도 특별약관	507
치아발거(상해) 특별약관	509
치아발거(상해)_3개한도 특별약관	511
8. 소득보상금 및 위로금담보등 기타 비용담보	513
일반상해 소득보상금 특별약관	513
교통상해 소득보상금 특별약관	514
휴업손해장해 특별약관	515
업무중 휴업손해장해(출·퇴근 포함) 특별약관	517
업무외 휴업손해장해(출·퇴근 포함) 특별약관	519
업무외 휴업손해장해(출·퇴근 제외) 특별약관	521
미성년자 유과·인신매매 특별약관	523
미아찾기 지원금 특별약관	524
청소년유괴,납치,인질 특별약관	525
교통사고처리지원금 특별약관(동승자 포함)	526
교통사고처리지원금 특별약관(동승자 제외)	529
교통사고처리지원금(이륜자동차포함) 특별약관(동승자 포함)	532
교통사고처리지원금(이륜자동차포함) 특별약관(동승자 제외)	535
교통사고처리지원금(이륜자동차전용) 특별약관(동승자 포함)	538
자동차사고 변호사선임비용 특별약관	541
벌금 특별약관	543

자전거사고 변호사선임비용 특별약관	545
자전거사고 벌금 특별약관	547
자전거사고 교통사고처리지원금 특별약관	548
화상진단비 특별약관	550
화상수술비 특별약관	551
골절진단비 특별약관	552
골절진단비(치아파절 제외) 특별약관	553
치과 관련 골절진단비 특별약관	554
골절진단비(1~5종) 특별약관	555
골절진단비(치아파절 제외, 1~5종) 특별약관	556
5대골절진단비 특별약관	557
골절수술비 특별약관	558
골절수술비(1~5종) 특별약관	559
5대골절수술비 특별약관	560
식중독치료비 특별약관	561
강력범죄 특별약관 I	562
강력범죄 특별약관 II	564
강력범죄 특별약관 III	566
폭력위로금 특별약관	568
깁스치료비 특별약관	569
전화금융사기(보이스피싱) 특별약관	570
출원비용(보험기간중 1회) 특별약관	571
정신질환진단비 특별약관 I	573
정신질환진단비 특별약관 II	574
외상후 스트레스장애 진단비 특별약관	575
탈구, 신경손상, 으깬손상 진단비 특별약관	577
외상성 절단 진단비 특별약관	578
수혈비용 특별약관	579
출산비용 특별약관	580
공무상 요양진단금 특별약관 I	581
공무상 요양진단금 특별약관 II	582
공무상 요양진단금 특별약관 III	583
공무상 요양진단금 특별약관 IV	584
상해사망 장례지원금보장 특별약관	586
상해사망 장례지원금보장 특별약관 II	587
교통상해사망 장례지원금 부보장 추가특별약관	589
질병사망 장례지원금보장 특별약관	590
스쿨존 교통사고 부상진단비 특별약관	591
스쿨존 교통사고 상해비용 특별약관	593
의료사고 법률비용 특별약관	595
실버존 교통사고 부상진단비 특별약관	597

사이버 명예훼손 특별약관	599
개 물림사고 응급실내원비 특별약관	601
공무원장기요양직권면직위로금 특별약관	602
업무상과실및중과실치사상벌금 특별약관	604
공무원 장애인단비 특별약관	606
특정전염병진단비 특별약관	607
상해응급실내원비(응급) 특별약관	608
질병응급실내원비(응급) 특별약관	610
상해응급실내원비(비응급) 특별약관	612
질병응급실내원비(비응급) 특별약관	615
대중교통상해 부상진단비(택시포함) 특별약관	619
대중교통상해 부상진단비(택시제외) 특별약관	621
전세버스상해 부상진단비 특별약관	623
소방공무원 구조·구급활동중 폭력피해위로금 특별약관	625
소방공무원 구조·구급활동중 폭력피해위로금 특별약관 II	626
9. 배상책임담보	627
일상생활배상책임 특별약관	627
스포츠활동중 배상책임 특별약관	636
자녀배상책임 특별약관	644
학생 개인배상책임 특별약관	653
사회복무요원 배상책임 특별약관	662
10. 자원봉사 관련 담보	671
자원봉사활동중 상해 사망·후유장해 특별약관	671
자원봉사활동중상해 입원일당 특별약관	673
자원봉사활동중 질병입원일당 특별약관	675
자원봉사자 배상책임 특별약관	677
자원봉사활동중 상해통원일당 특별약관	686
자원봉사활동중 골절수술비 특별약관	688
자원봉사활동중 골절진단비 특별약관	690
자원봉사활동중 화상수술비 특별약관	691
자원봉사활동중 화상진단비 특별약관	693
자원봉사활동중 교통상해입원일당 특별약관	695
자원봉사활동중 골절진단비(치아파절제외) 특별약관	697
자원봉사활동중 식중독치료비 특별약관	698
자원봉사활동중 탈구, 신경손상, 으깬손상 진단비 특별약관	700
자원봉사활동중 외상성 절단 진단비 특별약관	701
자원봉사활동중 폭력위로금 특별약관	703
자원봉사활동중 성폭력범죄위로금 특별약관	704
자원봉사활동중 상해 수술비용 특별약관	706
11. 군복무 관련 담보	707
군복무중 상해 특별약관	707

군복무중 물리치료 장려금 특별약관	708
군복무중 재활치료 보조금 특별약관	709
군복무중 중증장애 특별약관	710
전우(戰友)상해·질병사망보장 특별약관	711
단체 전우(戰友) 골절진단비 특별약관	713
단체 전우(戰友) 골절진단비(치아파절 제외) 특별약관	715
단체 전우(戰友) 수술비용 특별약관	717
군인 영외체류기간중 상해 특별약관	719
군인 영외체류기간중 교통상해 특별약관	720
군인 영외체류기간중 대중교통이용중 상해 특별약관	722
12. 연구활동종사자 관련 담보	724
연구활동종사자 사망 및 후유장해보장 특별약관	724
연구활동종사자 의료실비보장 특별약관	726
연구활동종사자 입원일당보장 특별약관	729
연구활동종사자 장의비보장 특별약관	732
연구활동종사자 수업료 및 기숙사비손실지원금 특별약관	734
13. 외국인국내유학생 관련 담보	738
외국인국내유학생 해외입원의료실비 특별약관	738
외국인국내유학생 유학중 중대사고 구조송환비용 특별약관	762
14. 유상운송 관련 담보(시민안전)	765
유상운송 중 교통상해 특별약관(시민안전)	765
유상운송 중 교통상해 골절진단비 특별약관(시민안전)	768
유상운송 중 교통상해 골절진단비(치아파절 제외) 특별약관(시민안전)	771
유상운송 중 교통상해 골절수술비 특별약관(시민안전)	774
유상운송 중 교통상해수술비 특별약관(시민안전)	777
유상운송 중 교통상해입원일당 특별약관(시민안전)	780
유상운송 중 뺑소니 및 무보험차 상해사망·후유장해 특별약관(시민안전)	783
유상운송 중 뺑소니 상해사망·후유장해 특별약관(시민안전)	786
유상운송 중 교통사고부상진단비 특별약관(시민안전)	789
15. 기타 특별약관	792
환율 특별약관	792
부부 특별약관	793
가족 특별약관	794
단체계약 특별약관	795
단체계약 보험료정산 추가특별약관	797
단체계약 보험료정산 추가특별약관(II)	798
단체계약 보험기간 설정 추가특별약관	799
포괄계약 추가특별약관	800
단체피보험자 지위유지 추가특별약관	801
보험료분납 특별약관 II	802
상품다수구매자 보험계약 특별약관	803

상품다수구매자 보험계약 보험기간 설정 추가특별약관	805
보험료 자동납입 특별약관	806
보험기간 종료후 재가입 특별약관	807
지정대리청구서비스 특별약관	808
장애인전용보험전환 특별약관	810
단체실손의료보험 중지제도 특별약관	814
【 별표1 】	816
<부표1>	840
<부표2>	841
<부표3>	842
【 별표2 】	843
【 별표3 】	844
【 별표4 】	845
【 별표5 】	846
【 별표6 】	847
【 별표7 】	848
【 별표8 】	849
【 별표9 】	850
【 별표10 】	851
【 별표11 】	852
【 별표12 】	853
【 별표13 】	854
【 별표14 】	855
【 별표15 】	856
【 별표16 】	857
【 별표17 】	858
【 별표18 】	859
【 별표19 】	860
【 별표20 】	861
【 별표21 】	865
【 별표22 】	867
【 별표23 】	868
【 별표24 】	869
【 별표25 】	870
【 별표26 】	871
【 별표27 】	872
【 별표28 】	873
【 별표29 】	875
【 별표30 】	876
【 별표31 】	877
【 별표32 】	879

【 표33 】	.....	887
【 표34 】	.....	888
【 표35 】	.....	889
【 표36 】	.....	896
【 표37 】	.....	898
【 표38 】	.....	902
【 표39 】	.....	903
【 표40 】	.....	904
【 표41 】	.....	905
【 표42 】	.....	906
【 표43 】	.....	907
【 표44 】	.....	908
【 표45 】	.....	909
【 표46 】	.....	910
【 표47 】	.....	918
【 표48 】	.....	919
【 표49 】	.....	920
【 표50 】	.....	921
【 표51 】	.....	938
【 표52 】	.....	939
【 표53 】	.....	942
【 표54 】	.....	945
【 표55 】	.....	946
【 표56 】	.....	947
【 표57 】	.....	948
【 표58 】	.....	951
【 표59 】	.....	952
【 표60 】	.....	953
【 표61 】	.....	954
【 표62 】	.....	955
【 표63 】	.....	956
【 표64 】	.....	957
【 표65 】	.....	958
【 표66 】	.....	961
【 표67 】	.....	965
【 표68 】	.....	968
【 표69 】	.....	969
【 표70 】	.....	970
【 표71 】	.....	971
【 표72 】	.....	972
【 표73 】	.....	973

【 별표74 】	974
【 별표75 】	975
【 별표76 】	976
【 별표77 】	977
【 별표78 】	978
【 별표79 】	979
【 별표80 】	980
【 별표81 】	981
【 별표82 】	986
【 별표83 】	989
【 별표84 】	990
【 별표85 】	991
법률조문 해설	992
주요 민원/분쟁 사례 및 유의사항	1014

단체안심상해보험 보통약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

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

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 마. 피보험자: 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. 장애: 장애분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 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.

【보험가입금액 한도 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법

【일부 보장 제외】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험

가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법

3. 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

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.

제2관 보험금의 지급

제3조(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 장애분류표(【별표1】 참조)에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장애분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.(이하 같습니다.)

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우가족관계등록부에 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 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제37조(보험 등의 불이익 금지)】

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

- ③ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 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 제3조(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.
- 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 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.

- 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 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【사 례】

이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 :

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 후유장해보험금을 지급

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

제5조(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 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금 지급사유의 통지)

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

제7조(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 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 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.

제8조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에

는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

- ④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

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

- ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표1> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 ‘보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율’을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 ‘보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율’을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율】

현재 시점의 정기예금이율은 보험개발원 홈페이지(www.kidi.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

제10조(주소변경통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지

난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우는 피보험자의 법정상속인, 같은 조 제2호의 경우는 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

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

제12조(대표자의 지정)

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

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 함께 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(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 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.(이하 같습니다.)

제14조(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.

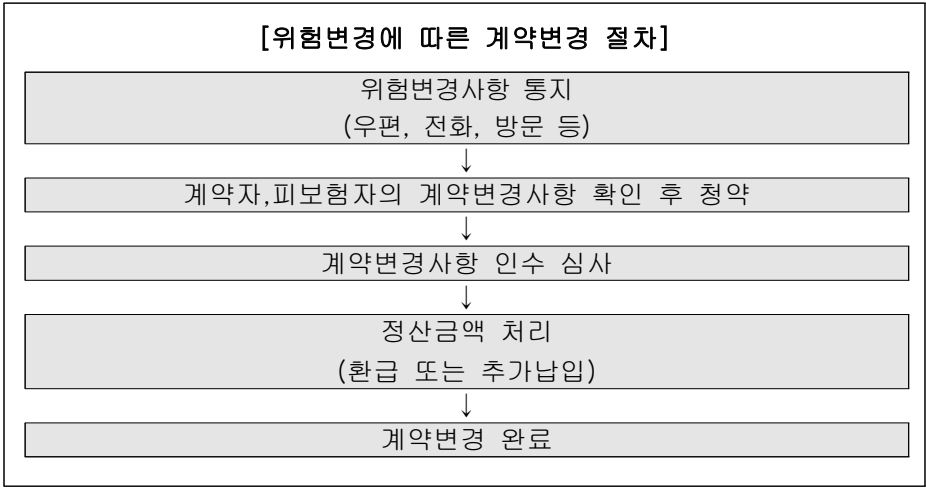
1. 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

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

[직무]
 직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

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

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 납입보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 해약환급금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 납입보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 '변경전 요율'이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 '변경후 요율'이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

【중과실(중대한 과실)】

주의의무의 위반이 현저한 과실, 「중대한 과실」, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조치 태만히 한 높은 강도의 주의의무 위반(이하 같습니다.)

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 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 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

-
- ③ 제1항에 따라 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
 - ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
 - ⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
 - ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
 - ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제16조(사기에 의한 계약)

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 계약일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제17조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또

는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 ‘보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%’를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 ‘청약일로부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 이 약관 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조(청약의 철회)

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

【일반금융소비자】 전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

- 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 경우에는 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 함

니다.

제19조(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, 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.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제20조(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 다

음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 ‘보험개발원이 공시하는 보험계약 대출이율’을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 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.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우 계약이 유효합니다.

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.(이하 같습니다.)

3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제21조(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.

【설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 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 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제22조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다. 다만, 해당년도에 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.

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

【보험나이 계산 예시】

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

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

【설명】

청약서 및 보험증권 등 보험계약을 증명하기 위한 문서에서 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증, 운전면허증, 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경 시 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 보험료의 차액을 정산합니다.

제23조(계약의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제5관 보험료의 납입

제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

【보장개시일】

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단 계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제25조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되고 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제26조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 제32조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 ‘보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%’ 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제

15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제28조(강제집행 등의 절차에 따라 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 타인을 위한 계약의 경우 제32조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 보험수익자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【강제집행】

사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 아니하는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무의 이행하는 것을 말합니다.

【담보권실행】

담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 아니하는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

【국세 및 지방세 체납처분 절차】

국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

제6관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제20조(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 제32조(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.

제29조의2(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약 체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법 계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제32조(보험료의 환급) 제1항 제1호에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제30조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 해지 시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제31조(회사의 파산선고와 해지)

-
- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
 - ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
 - ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제32조(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(1년미만의 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 1년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험연도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험연도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.
- ③ 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.

제7관 분쟁의 조정 등

제33조(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 금액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제34조(관할법원)

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

제35조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효(소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.)가 완성됩니다.

【소멸시효】

주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험금 지급사유가 발생한 후 3년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다. (이하 같습니다.)

제36조(약관의 해석)

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

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안 된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

- 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.

제37조(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」 제2조 제2호에 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 청약권유를 기 위해 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제38조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소

를 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 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

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

제39조(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.

제40조(준거법)

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

제41조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

예금자보호제도는 예금보험공사가 평소에 금융기관으로 부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약은 제외)
예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1인당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.(이하 같습니다.)

단체안심상해보험 특별약관

1. 상해위험담보

24시간 상해 사망 및 고도후유장해 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 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장애지급률이 ()%를 초과하는 고도의 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

24시간 상해 ()%이상 고도후유장해발생 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 ()%이상 고도의 장해상태가 되었을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

24시간 상해 ()%미만 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 ()%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

24시간 상해(교통상해 제외) 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 상해(교통상해는 제외합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 2. 보험기간 중 제1호의 상해(교통상해는 제외합니다)로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 교통상해라 함은 다음 각 호의 상해를 말합니다.
1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 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 외래의 상해
- ③ 제2항의 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 제2조에 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)

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무중 상해(출·퇴근 포함) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중 업무중(출·퇴근은 업무중으로 봅니다)에 상해의 직접결과로써 사망한 경우 (질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무중 상해(출·퇴근 포함) 사망 및 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중 업무중(출·퇴근은 업무중으로 봅니다)에 상해의 직접결과로써 사망한 경우 (질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해 지급률이 ()%를 초과하는 고도의 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무중 상해(출·퇴근 포함) ()%이상 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 업무중(출·퇴근은 업무중으로 봅니다) 상해를 입고 장애 분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)의 각호에 정한 지급률이 ()% 이상의 고도의 후유장해가 발생되었을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무중 상해(출·퇴근 포함) ()%미만 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 업무중(출·퇴근은 업무중으로 봅니다) 상해로 장해분류표 (【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 ()%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무외 상해(출·퇴근 포함) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중 업무외(출·퇴근은 업무외로 봅니다)에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무외 상해(출·퇴근 포함) 사망 및 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중 업무외(출·퇴근은 업무외로 봅니다)에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해 지급률이 ()%를 초과하는 고도의 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무외 상해(출·퇴근 포함) ()%이상 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 업무외(출·퇴근은 업무외로 봅니다) 상해로 장해분류표 (【별표1】 참조. 이하 같습니다.)의 각호에 정한 지급률이 ()% 이상의 고도의 후유장해가 발생되었을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무외 상해(출·퇴근 포함) ()%미만 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 업무외(출·퇴근은 업무외로 봅니다) 상해로 장해분류표 (【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 ()%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무외 상해(출·퇴근 제외) 사망·후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중 업무외(통상적인 출·퇴근을 제외합니다.)에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무외 상해(출·퇴근 제외) 사망 및 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중 업무외(통상적인 출·퇴근을 제외합니다.)에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해 지급률이 ()%를 초과하는 고도의 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무외 상해(출·퇴근 제외) ()%이상 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 업무외(통상적인 출·퇴근을 제외합니다.) 상해로 장애분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)의 각호에 정한 지급률이 ()% 이상의 고도의 후유장해가 발생되었을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무외 상해(출·퇴근 제외) ()%미만 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 업무외(통상적인 출·퇴근을 제외합니다.) 상해로 장애분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장애지급률이 ()%미만에 해당하는 장애상태가 되었을 경우에는 장애분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴일상해 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 휴일 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

【휴일의 정의 및 범위】

1. 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날을 말합니다.
2. 법정공휴일은 사고발생지의 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 및 「국경일에 관한 법률」, 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에서 정한 휴일

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해발생일을 기준으로 보험금 지급여부를 판단합니다.

제3조(보장의 시기와 종기)

회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴일상해 사망 및 고도후유장해 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 휴일 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 ()%를 초과하는 고도의 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금 (장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

【휴일의 정의 및 범위】

1. 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날을 말합니다.
2. 법정공휴일은 사고발생지의 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 및 「국경일에 관한 법률」, 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에서 정한 휴일

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해발생일을 기준으로 보험금 지급여부를 판단합니다.

제3조(보장의 시기와 종기)

회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴일상해 ()%이상 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 휴일 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)의 각호에 정한 지급률이 ()% 이상의 고도의 후유장해가 발생되었을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

【휴일의 정의 및 범위】

1. 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날을 말합니다.
2. 법정공휴일은 사고발생지의 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 및 「국경일에 관한 법률」, 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에서 정한 휴일

제2조(보장의 시기와 종기)

회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴일상해 ()%미만 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 휴일 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 ()%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

【휴일의 정의 및 범위】

1. 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날을 말합니다.
2. 법정공휴일은 사고발생지의 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 및 「국경일에 관한 법률」, 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에서 정한 휴일

제2조(보장의 시기와 종기)

회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통상해 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 다음 각호의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 - 가. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 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 위 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 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 제2조에 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)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통상해 사망 및 고도후유장해 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 다음 각호의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 - 가. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 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 위 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 ()%를 초과하는 고도의 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 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 제2조에 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)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통상해 ()%이상 고도후유장해발생 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 다음 각호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 ()%이상 고도의 장해상태가 되었을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.
1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 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 외래의 상해
- ② 제1항의 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 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 3. 항공기, 선박(요트, 모타모트, 보트를 포함합니다)
 4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.
1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통상해 ()%미만 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 다음 각호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 ()%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.
1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 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 외래의 상해
- ② 제1항의 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 제2조에 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)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴일교통상해 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 휴일에 발생한 다음 각호의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금

가. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 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 위 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

【휴일의 정의 및 범위】

1. 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날을 말합니다.
2. 법정공휴일은 사고발생지의 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 및 「국경일에 관한 법률」, 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에서 정한 휴일

② 제1항의 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 제2조에 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)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해

2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해발생일을 기준으로 보험금 지급여부를 판단합니다.

제4조(보장의 시기와 종기)

회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴일교통상해 사망 및 고도후유장해 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 휴일에 발생한 다음 각호의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
가. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 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 위 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 ()%를 초과하는 고도의 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

【휴일의 정의 및 범위】

1. 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날을 말합니다.
2. 법정공휴일은 사고발생지의 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 및 「국경일에 관한 법률」, 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에서 정한 휴일

- ② 제1항의 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 제2조에 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)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해발생일을 기준으로 보험금 지급여부를 판단합니다.

제4조(보장의 시기와 종기)

회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴일교통상해 ()%이상 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 휴일에 다음 각호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)의 각호에 정한 지급률이 ()% 이상의 고도의 후유장해가 발생되었을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 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 외래의 상해

【휴일의 정의 및 범위】

1. 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날을 말합니다.
2. 법정공휴일은 사고발생지의 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 및 「국경일에 관한 법률」, 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에서 정한 휴일

② 제1항의 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 제2조에 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)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

제3조(보장의 시기와 종기)

회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법

정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴일교통상해 ()%미만 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 휴일에 다음 각호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 ()%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 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 외래의 상해

【휴일의 정의 및 범위】

1. 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날을 말합니다.
2. 법정공휴일은 사고발생지의 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 및 「국경일에 관한 법률」, 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에서 정한 휴일

② 제1항의 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 제2조에 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)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

제3조(보장의 시기와 종기)

회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법

정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴무일상해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중에 사고발생지의 특정 휴무요일에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
2. 보험기간 중에 사고발생지의 특정 휴무요일에 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

【용어의 정의】

휴무라 함은 직무(또는 근로)를 수행하지 않고 쉬는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 휴무요일은 월요일, 화요일, 수요일, 목요일, 금요일, 토요일, 일요일 중 보험증권에 기재된 요일을 말합니다.
- ③ 피보험자는 제2항의 휴무요일 중 두 개 이상 요일을 가입할 수 없습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해발생일을 기준으로 보험금 지급여부를 판단합니다.

제3조(보장의 시기와 종기)

회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 휴무요일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정요일(평일)상해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 약정한 보험금을 지급합니다.
 1. 보험기간 중에 사고발생지의 평일 중 특정요일(토요일, 일요일을 제외합니다.)에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 2. 보험기간 중에 사고발생지의 평일 중 특정요일(토요일, 일요일을 제외합니다.)에 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 평일은 월요일, 화요일, 수요일, 목요일, 금요일중 보험증권에 기재된 요일을 말합니다.
- ③ 피보험자는 제2항의 평일 중 두 개 이상 요일을 가입할 수 없습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해발생일을 기준으로 보험금 지급여부를 판단합니다.

제3조(보장의 시기와 종기)

회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정요일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교육기관생활중 상해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
 1. 보험기간 중 교육기관 또는 교육기관에 소속되거나 관련된 특정단체의 교육기관 생활 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망 보험금
 2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 「교육기관생활중」이란 아래의 경우를 말합니다.
 1. 교육기관 수업중(정규의 교육활동 외에 기타 교육기관이 행하는 모든 특별활동을 말합니다)
 2. 교육기관 수업 및 기타 통상적인 교육기관 활동을 위해 교육기관에 있는 동안
 3. 특별교육행사 참가 중(반드시 교육기관 교직원의 인솔이 있어야 합니다)
 4. 통상적인 경로를 통하여 등하교 중
- ③ 제1항의 교육기관이라 함은 교육법, 유아교육법, 학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률 및 평생교육법에 의한 교육기관과 관계법령에 의해 인·허가를 득하거나 등록 또는 신고를 필한 교육기관 등을 말합니다.
- ④ 제2항 제3호의 교육기관 교직원이라 함은 교육기관의 장, 교원, 강사 및 직원을 말합니다.

제2조(피보험자의 범위)

- ① 피보험자는 보험증권에 기재된 교육기관의 피교육생으로 합니다.
- ② 이 특별약관 계약이 성립된 후에 교육기관 피교육생은 그 소속한 시점부터 피보험자가 되며 교육기관 피교육생으로서 자격을 상실한 때부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교육기관생활중 상해위험(등·하교중 제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
 1. 보험기간 중 교육기관 또는 교육기관에 소속되거나 관련된 특정단체의 교육기관 생활중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망 보험금
 2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 「교육기관생활중」이란 아래의 경우(등·하교중은 제외합니다)를 말합니다.
 1. 교육기관 수업중(정규의 교육활동 외에 기타 교육기관이 행하는 모든 특별활동을 말합니다)
 2. 교육기관 수업 및 기타 통상적인 교육기관 활동을 위해 교육기관에 있는 동안
 3. 특별교육행사 참가 중(반드시 교육기관 교직원의 인솔이 있어야 합니다)
- ③ 제1항의 교육기관이라 함은 교육법, 유아교육법, 학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률 및 평생교육법에 의한 교육기관과 관계법령에 의해 인·허가를 득하거나 등록 또는 신고를 필한 교육기관 등을 말합니다.
- ④ 제2항 제3호의 교육기관 교직원이라 함은 교육기관의 장, 교원, 강사 및 직원을 말합니다.

제2조(피보험자의 범위)

- ① 피보험자는 보험증권에 기재된 교육기관의 피교육생으로 합니다.
- ② 이 특별약관 계약이 성립된 후에 교육기관 피교육생은 그 소속한 시점부터 피보험자가 되며 교육기관 피교육생으로서 자격을 상실한 때부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

학교생활외 상해위험(1) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 학교생활외에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장애분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 후유장애보험금(장애분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 「학교생활외」란 아래의 경우를 제외한 모든 생활을 말합니다.
1. 피보험자가 재학중인 학교 수업중(정규의 교육활동외에 기타 학교가 행하는 모든 특별활동을 포함합니다)
 2. 피보험자가 재학중인 학교 수업외 기타 통상적인 학교 활동을 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

제2조(피보험자의 범위)

- ① 피보험자는 교육법, 유아교육법, 학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률 및 평생교육법에 의한 교육기관과 관계법령에 의해 인·허가를 득하거나 등록 또는 신고를 필한 교육기관에 재학하는 학생(이하 "학생"이라 합니다)으로 합니다.
- ② 이 특별약관 계약이 성립된 후에 학교의 학생으로서 자격을 상실한 때부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대중교통상해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 승객으로서 대중교통 이용 중 사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 「대중교통 이용 중 사고」라 함은 다음의 각호와 같습니다.
1. 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
 2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
 3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고
- ③ 제2항의 「대중교통수단」이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.
1. 여객수송용 항공기
 2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
 3. 여객자동차운수사업법시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
 4. 여객자동차운수사업법시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
 5. 여객수송용 선박

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

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

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대중교통상해 사망 및 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 승객으로서 대중교통 이용 중 사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 ()%를 초과하는 고도의 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금 (장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 「대중교통 이용 중 사고」라 함은 다음의 각호와 같습니다.
1. 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
 2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
 3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고
- ③ 제2항의 「대중교통수단」이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.
1. 여객수송용 항공기
 2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
 3. 여객자동차운수사업법시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
 4. 여객자동차운수사업법시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
 5. 여객수송용 선박

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

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

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대중교통상해 ()%이상 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 승객으로서 대중교통 이용 중 사고로 인한 상해로 장해 분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)의 각호에 정한 지급률이 ()% 이상의 고도의 후유장해가 발생되었을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「대중교통 이용 중 사고」라 함은 다음의 각호와 같습니다.
 1. 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
 2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
 3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고
- ③ 제2항의 「대중교통수단」이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.
 1. 여객수송용 항공기
 2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
 3. 여객자동차운수사업법시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
 4. 여객자동차운수사업법시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
 5. 여객수송용 선박

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

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

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대중교통상해 ()%미만 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 승객으로서 대중교통 이용 중 사고로 인한 상해로 장해 분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 ()%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「대중교통 이용 중 사고」라 함은 다음의 각호와 같습니다.
 1. 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
 2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
 3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고
- ③ 제2항의 「대중교통수단」이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.
 1. 여객수송용 항공기
 2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
 3. 여객자동차운수사업법시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
 4. 여객자동차운수사업법시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
 5. 여객수송용 선박

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

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

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항공기탑승중 상해위험 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 항공기사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항에서 「항공기사고」라 함은 항공기 탑승중의 사고, 비행장 구내에서의 사고 및 피보험자가 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지 항공운송업자가 제공하는 자동차 및 기타 교통수단에 탑승중의 사고를 말합니다. 여기서 「비행장구내」란 비행기 탑승시 각 항공사의 개찰구 안쪽을 말합니다.
- ③ 제2항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) 각 호의 건설기계를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ④ 제2항에서 기타 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 4. 제3항의 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해의 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

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

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

고속도로이용중 교통상해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 고속도로이용 중에 아래 각목의 사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 - 가. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 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 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 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 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 3. 항공기, 선박(요트, 모타모트, 보트를 포함합니다)
 4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)
- ③ 제1항의 고속도로라 함은 도로교통법 제2조 제3호에서 정한 도로를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

전세버스 상해사망후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 승객으로서 「전세버스 이용 중 사고로 인한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
 2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 「전세버스 이용중 사고」라 함은 다음의 각호와 같습니다.
1. 운행중인 전세버스에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
 2. 전세버스에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
 3. 전세버스의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고
- ③ 제2항의 「전세버스」라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.
1. 여객자동차 운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 전세버스

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승하고 있는 동안 발생한 사고
 2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 사고

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스포츠 단체상해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중 보험증권에 기재된 단체의 관리하에 행하는 운동경기(연습 및 운동경기를 하기 위해 교통수단에 탑승중을 포함합니다. 이하 같습니다)중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(운동경기의 종목)

제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 운동경기의 종목은 아래와 같습니다.

1. 위험이 큰 운동경기종목 : 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 유사한 운동경기
2. 위험이 다소 큰 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

제3조(피보험자의 증가, 감소 및 교체)

- ① 보험기간 중에 피보험자의 증감이 있을 때에는 계약자는 서면으로 이에 대한 성명, 연령, 성별 및 운동경기 종목 등을 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
- ② 회사는 보험기간 중에 피보험자가 증감된 경우 증감자에 대하여 일단위로 보험료를 계산하여 계약을 체결할 때에 납입한 보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려드립니다.

제4조(운동경기 종목의 변경)

보험기간 중에 피보험자가 운동경기 종목을 변경하고자 하는 경우 보통약관 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)의 규정을 준용합니다.

제5조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

프로 및 아마추어단체 상해위험 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중 보험증권에 기재된 단체의 관리하에 행하는 운동경기(연습 및 운동경기를 하기 위해 교통수단에 탑승중을 포함합니다. 이하 같습니다)중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 해당 경기 종목의 프로연맹 또는 아마추어경기연맹(협회 포함)에 등록된 선수에 한합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정여가활동중상해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중 아래 각 목에서 정한 행위를 하는 동안에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금

가. 다음에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설을 말합니다. 단 주택은 제외합니다. 이하 같습니다)내에서 하는 동안. 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠 시설내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안

: 테니스, 탁구, 배드민턴, 골프, 볼링, 수영, 에어로빅

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

다. 낚시(직업적인 물고기잡이는 제외합니다)를 하는 동안

라. 다음의 유료시설에 관객 또는 입장객으로 있는 동안. 단, 대상이 되는 시설은 시설 내에 관리인이 있는 등 구체적으로 관리되고 있는 유료시설을 말하며, 이 시설이 무료개방되는 경우에는 대상이 되지 않습니다.

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

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

마. 숙박을 동반한 여행목적(을 갖고 보험증권에 기재된 주소지를 출발하여 당해 주소지에 도착할 때까지의 여행을 하는 동안. 단, 업무출장 및 업무 목적을 병행하고 있는 여행은 제외합니다).

2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뺑소니 및 무보험차 상해 사망 후유장해 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 일상생활중에 뺑소니사고 또는 무보험차자동차에 의한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 2. 보험기간 중 위 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 뺑소니사고라 함은 피보험자가 보유불명의 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰관서에 뺑소니사고로 신고되어 자동차손해배상보장법상의 보유불명 자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.
- ③ 제1항의 무보험자동차에 의한 사고라 함은 피보험자가 자동차손해배상보장법상의 대인배상 I(책임보험)을 제외한 자동차보험(공제를 포함합니다)의 대인배상 II(책임보험 초과손해)에 가입되지 않은 자동차에 의해 상해를 입음으로써 손해배상청구권이 발생하는 경우를 말합니다. 단, 가해자동차가 2대이상인 경우에는 그 전부가 무보험자동차일 때에 한합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운행하던 중 발생한 사고
2. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뺑소니상해 사망·후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 일상생활 중에 뺑소니 사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 뺑소니 사고라 함은 피보험자가 보유불명의 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰관서에 뺑소니 사고로 신고되어 자동차손해배상보장법상의 보유불명 자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

- ① 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운행하던 중 발생한 사고
- ② 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ③ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

건강관리활동중 상해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간에 자신의 여가활동 중 건강관리를 목적으로 아래 각 목에서 정한 활동(여행을 목적으로 이동하거나 여행중 행한 활동은 제외합니다)을 하던 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 - 가. 피보험자가 여가시간에 건강관리를 목적으로 주거지역에서 하는 뽀뽀기, 걷기, 산책, 줄넘기, 등산, 하이킹 및 이와 유사한 운동을 하는 동안. (일상생활의 의무적인 활동 또는 필수활동으로 인한 활동은 제외합니다)
 - 나. 피보험자가 체형미 혹은 미용을 위하여 그 목적의 유료시설(단식원등을 포함합니다) 내에서 시설물 혹은 제공되는 서비스를 이용하는 동안
 - 다. 피보험자가 건강관리를 목적으로 행하는 수영, 헬스, 에어로빅, 요가, 골프연습, 볼링 및 이와 유사한 운동을 그 목적의 운동시설(전용시설 또는 그 운동을 하기 위한 설비가 있는 병용시설. 단 주택은 제외) 내에서 하는 동안. 또는 그 운동을 하기 위하여 운동시설 내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안. 단, 위의 운동 중 레슬링, 권투, 씨름, 태권도 및 이와 유사한 격투기 운동과 축구, 야구, 농구, 배구 및 이와 유사한 게임성이 강한 단체운동경기는 제외합니다.
 2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

< 용어의 정의 >

필수활동 : 피보험자의 일상생활에서 수면, 식사, 세면, 외출준비 및 이동만을 목적으로 하는 모든 활동(자동차, 대중교통수단 및 이륜자동차등을 운전 중 혹은 탑승중일 경우는 필수활동에 포함됩니다)

의무적인 활동 : 취업일, 가사일, 학습 및 이들과 관련된 이동활동

여가활동 : 필수활동 및 의무적인 활동을 제외한 활동

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

건강관리활동중 상해 추상장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 건강관리활동 중 상해를 입고 그 상해로 인하여 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)의 장해지급률에 따라 아래와 같이 추상후유장해보험금을 지급하여 드립니다.

가. 외모에 뚜렷한 추상을 남겼을 경우 : 이 특별약관 가입금액에 대하여 15%

나. 외모에 추상을 남겼을 경우 : 이 특별약관 가입금액에 대하여 5%

【외모의 범위】

외모란 후유장해등급표상의 얼굴, 머리, 목을 말하며, 눈, 코, 귀 등도 포함합니다.

2. 제1호의 「건강관리활동」라 함은 피보험자가 보험기간 중에 자신의 여가활동 중 건강관리를 목적으로 아래 각 목에서 정한 활동(여행을 목적으로 이동하거나 여행 중 행한 활동은 제외합니다)을 하는 것을 말합니다.

가. 피보험자가 여가시간에 건강관리를 목적으로 주거지역에서 하는 뽀뽀기, 걷기, 산책, 줄넘기, 등산, 하이킹 및 이와 유사한 운동을 하는 동안. (일상생활의 의무적인 활동 또는 필수 활동으로 인한 활동은 제외합니다)

나. 피보험자가 체형미 혹은 미용을 위하여 그 목적의 유료시설(단식원등을 포함합니다) 내에서 시설물 혹은 제공되는 서비스를 이용하는 동안

다. 피보험자가 건강관리를 목적으로 행하는 수영, 헬스, 에어로빅, 요가, 골프연습, 볼링 및 이와 유사한 운동을 그 목적의 운동시설(전용시설 또는 그 운동을 하기 위한 설비가 있는 병용시설. 단 주택은 제외) 내에서 하는 동안. 또는 그 운동을 하기 위하여 운동시설 내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안. 단, 위의 운동 중 레슬링, 권투, 씨름, 태권도 및 이와 유사한 격투기 운동과 축구, 야구, 농구, 배구 및 이와 유사한 게임성이 강한 단체운동경기는 제외합니다.

< 용어의 정의 >

필수활동 : 피보험자의 일상생활에서 수면, 식사, 세면, 외출준비 및 이동만을 목적으로 하는 모든 활동(자동차, 대중교통수단 및 이륜자동차등을 운전중 혹은 탑승중일 경우는 필수활동에 포함됩니다)

의무적인 활동 : 취업일, 가사일, 학습 및 이들과 관련된 이동활동

여가활동 : 필수활동 및 의무적인 활동을 제외한 활동

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거 교통상해 사망·후유장해 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 대한민국 국내에서 자전거사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 자전거사고라 함은 아래에 각 호에 정한 경우를 말합니다.
1. 자전거를 직접 운전하던 중에 일어난 사고
 2. 자전거를 운전하고 있지 않은 상태로 자전거에 탑승 중에 일어난 사고
 3. 도로 통행중의 피보험자가 자전거로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ③ 제1항의 자전거라 함은 도로교통법 제2조(정의) 제20호 및 자전거이용 활성화에 관한 법률 제2조 제1호에서 정한 자전거를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거 교통상해 사망 및 고도후유장해 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 대한민국 국내에서 자전거사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 ()%를 초과하는 고도의 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항 제1호의 자전거사고라 함은 아래에 각 호에 정한 경우를 말합니다.
1. 자전거를 직접 운전하던 중에 일어난 사고
 2. 자전거를 운전하고 있지 않은 상태로 자전거에 탑승 중에 일어난 사고
 3. 도로 통행중의 피보험자가 자전거로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ③ 제1항 제1호의 자전거라 함은 도로교통법 제2조(정의) 제20호 및 자전거이용 활성화에 관한 법률 제2조 제1호에서 정한 자전거를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거 교통상해 ()%이상 고도후유장해 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거 교통상해 사망·후유장해 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 상해를 입고 그 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)의 각호에 정한 지급률이 ()% 이상의 고도의 후유장해가 발생되었을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 자전거 교통상해 사망·후유장해 특별약관 및 보통약관을 따릅니다.

자전거 교통상해 ()%미만 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 대한민국 국내에서 자전거사고 상해로 장해분류표 (【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 ()%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 제1항 제1호의 자전거사고라 함은 아래에 각 호에 정한 경우를 말합니다.
 1. 자전거를 직접 운전하던 중에 일어난 사고
 2. 자전거를 운전하고 있지 않은 상태로 자전거에 탑승 중에 일어난 사고
 3. 도로 통행중의 피보험자가 자전거로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ③ 제1항 제1호의 자전거라 함은 도로교통법 제2조(정의) 제20호 및 자전거이용 활성화에 관한 법률 제2조 제1호에서 정한 자전거를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

출·퇴근중 상해 사망·후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중 출·퇴근 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

출·퇴근중 상해 사망 및 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 출퇴근중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 ()%를 초과하는 고도의 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

출·퇴근중 상해 ()%이상 고도후유장해 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험기간 중에 피보험자가 출퇴근중 상해 사망·후유장해 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 상해를 입고 장애분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다.)의 각호에 정한 지급률이 ()% 이상의 고도의 후유장해가 발생되었을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 출퇴근중 상해 사망·후유장해 특별약관 및 보통약관을 따릅니다.

출·퇴근중 상해 ()%미만 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 출퇴근중 상해로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 ()%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

성폭력범죄상해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 다음 각호에서 정하는 성폭력범죄로 피해가 발생(이하 「성폭력범죄피해의 발생」이라 합니다)하여 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입었을 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 성폭력범죄상해보험금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

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 등에 관한 특례법의 성폭력범죄 중

- 제3조 특수강도강간 등
- 제4조 특수강간 등
- 제5조 친족관계에 의한 강간 등
- 제6조 장애인에 대한 강간·강제추행 등
- 제7조 13세미만의 미성년자에 대한 강간, 강제추행 등
- 제8조 강간 등 상해·치상
- 제9조 강간 등 살인·치사
- 제10조 업무상 위력 등에 의한 추행
- 제11조 공중밀집장소에서의 추행

② 제1항의 「성폭력범죄피해의 발생」이라 함은 피해자 신고나 제3자 신고, 고소, 고발 등을 경찰관이 접수하여 수사를 진행한 후 검사에 의해 공소제기 즉 기소된 경우(약식 기소의 경우를 포함합니다) 또는 경찰관의 수사결과 성폭력범죄의 발생사실은 명백하나 범인을 검거하지 못한 경우를 말합니다.

<용어풀이>

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

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관에 관계없이 그 원인의 직접·간접을 묻지 않고 아래의 성폭력범죄에 의하여 피해가 발생한 경우만을 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자 및 피보험자의 고의에 의한 성폭력범죄
2. 보험수익자의 고의에 의한 성폭력범죄. 그러나 보험수익자가 두 사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.
3. 피보험자의 뇌질환으로 생긴 성폭력범죄
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태중에 생긴 성폭력범죄
5. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변중에 생긴 성폭력범죄

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

의사상자 상해위험 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자가 직무외의 행위로 타인의 생명, 신체 또는 재산의 급박한 피해를 구제하다가 신체에 상해를 입어 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「동법시행령」의 규정에 따라 의사상자로 판정되는 경우 이 특별약관에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 상해로 보험기간 종료 후 의사상자로 판정된 경우에도 보상하여 드립니다.

1. 의사자(義死者)의 경우 : 보험가입금액
2. 의상자(義傷者)의 경우 : 보험가입금액에 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「동법시행령」의 규정에 따라 정한 부상등급별 보상금 지급률을 곱한 금액

【의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령 [별표2] 의상자의 부상등급별 보상금】	
등급	보상금
제1급	의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령 제12조제1항에 따른 의사자 유족에 대한 보상금(이하 의사자보상금이라 한다)의 100/100
제2급	의사자보상금의 88/100
제3급	의사자보상금의 76/100
제4급	의사자보상금의 64/100
제5급	의사자보상금의 52/100
제6급	의사자보상금의 40/100
제7급	의사자보상금의 20/100
제8급	의사자보상금의 10/100
제9급	의사자보상금의 5/100

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

< 용어의 정의 >
<ol style="list-style-type: none"> 1. "의사자(義死者)"란 직무 외의 행위로서 구조행위를 하다가 사망(의상자가 그 부상으로 인하여 사망한 경우를 포함한다)하여 보건복지부장관이 이 법에 따라 의사자로 인정한 사람을 말합니다. 2. "의상자(義傷者)"란 직무 외의 행위로서 구조행위를 하다가 대통령령으로 정하는 신체상의 부상을 입어 보건복지부장관이 이 법에 따라 의사자로 인정한 사람을 말합니다. 3. "의사상자"란 의사자 및 의상자를 말합니다. <p style="margin-top: 10px;">이 특별약관의 의사상자와 관련된 용어 해석은 의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률 및 관계법령의 정하는 바를 따릅니다.</p>

헌혈후유증 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 이 보험증권에 소속된 단체의 소속원으로서 대한적십자사 산하 혈액원에서 주관하는 헌혈에 참여하여 그 후유증으로 인해 대한적십자사의 「헌혈후유증 판정위원회」에서 헌혈후유증 환자로 판정, 치료를 받은 경우에는 보험증권에 기재된 금액을 헌혈자원봉사 보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

헌혈후 단순 어지럼증, 빈혈, 쇼크로 인하여 헌혈장소에서 영양제 투여 등의 단순 처치를 받은 경우는 보상하지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

강도상해위험 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 강도에 의해 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 강도는 폭행 또는 협박으로 인하여 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제3자로 하여금 이를 취득하게 한 자를 말하며, 강도에 대한 구체적인 정의는 형법 제333조~336조를 따르며, 이에 따른 사고는 형법 제337조~제339조에 의합니다.
- ③ 제1항의 강도에 의한 상해사고의 입증여부는 경찰신고서류, 경찰 또는 검찰 조사기록 등 관련 자료에 따릅니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 피보험자의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인, 감수인 또는 보험수익자가 저지르거나 가담한 강도 손해
 2. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 강도손해
 3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 유사한 천재지변이 일어났을 때에 생긴 강도손해
 4. 형법 제340조의 해상강도손해
 5. 피보험자의 의수, 의족, 의치 및 이와 유사한 신체보조장구에 입은 강도손해
 6. 타인을 위한 보험계약에서 보험계약자의 고의

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

외모(얼굴, 머리, 목) 추상장해만의 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고 일부터 1년 이내에 【별표1】의 2 장해분류별 판정기준 5. 외모의 추상(추한 모습)장해가 발생하였을 경우 【별표1】에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.
- ② 제1항의 피보험자의 장해판단기준 및 적용방법은 보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 규정을 준용합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

< 용어풀이 >

‘추상(추한 모습)장해’라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.

폭발·화재 및 붕괴사고 상해 사망·후유장해 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 다음 각호의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
가. 폭발, 파열 및 화재(벼락포함) 사고
나. 건물 및 건축구조물(건축중인 것을 포함)의 붕괴·침강 또는 사태사고
 2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 운행중인 자동차의 화재, 폭발·파열사고로 입은 신체상해
 2. 화재사고가 아닌 사유로 신체에 입은 화상

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

- 폭발 또는 파열이라 함은 급격한 산화반응을 포함하는 파괴 또는 그 현상을 말합니다.
- 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 않습니다.
 - ㉡ 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.

익사사고 사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 익사사고로 인하여 사망하였을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 약정한 보험금을 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

익사사고란 피보험자가 수영 중 또는 다이빙 중에 사망하거나 혼수상태에 빠지는 사고와 기타 태풍, 홍수, 선박침몰, 실족사고 등으로 강, 하천, 바다 등에 빠져 사망하거나 혼수상태에 빠지는 사고를 말합니다.

물놀이사고 사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 국내에서 발생한 물놀이사고로 인하여 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 물놀이란 물가 또는 물속에서 놀이를 목적으로 하는 활동을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생한 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 물놀이를 목적으로 보지 않습니다.
 4. 피보험자가 낚시를 목적으로 하는 행위를 하거나 또는 낚시어선에 탑승한 경우
 5. 피보험자가 주택내에서 머무르며 물놀이를 한 경우
- ② 제1항 제5호의 주택이라 함은 아파트, 연립주택, 다세대주택 및 단독주택을 말하며, 주택이라 함은 아파트의 경우 아파트 건물의 입구 안쪽공간, 기타주택의 경우는 주택의 부속물인 대문의 안쪽공간을 말합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

순직 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 공무수행으로 인하여 보험기간 중에 사망하여, 그 사망이 「공무원 재해보상법」에 의한 「공무원재해보상심의회」에서 ‘공무상 재해’로 결정된 경우를 말합니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 국가공무원법 제2조(공무원의 구분) 및 지방공무원법 제2조(공무원의 구분)에서 분류된 공무원을 말합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

공무상 사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 공무수행으로 인하여 보험기간 중에 사망하여, 그 사망이 「공무원 재해보상법」에 의한 「공무원재해보상심의회」에서 '공무상 재해'로 결정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 공무상 사망 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우 보험기간 종료 후 공무상 사망으로 결정되어도 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급하여 드립니다.
- ② 회사는 피보험자가 근로자인 경우 공무수행으로 인하여 보험기간 중에 사망하여, 그 사망이 「산업재해보상보험법」 규정에 따라 '업무상 재해'로 인정되면 이를 제1항의 '공무상 재해'로 인정된 경우로 간주하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 다음 각 호에 해당하는 자를 말합니다.

1. 공무원단체에 소속된 자(공무원 및 소속 근로자 등)

【공무원단체】

「정부조직법」과 기타 다른 법령에 의하여 설치되는 국가행정기관으로서 행정기관의 조직과 정원에 관한 통칙에서 정한 중앙행정기관, 특별지방행정기관, 부속기관, 자문기관, 소속기관, 보조기관, 보좌기관, 하부조직을 말합니다.

2. 교육공무원

「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

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

자연재해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 국내에서 발생한 자연재해로 인하여 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 자연재해라 함은 ‘자연재난’ 및 ‘열사병 및 일사병’으로 아래의 사고를 말합니다.
 1. 자연재난 : 재난 및 안전관리 기본법 제3조(정의) 제1호 가목에서 정한 자연재난
 2. 열사병 및 일사병 : 제8차 한국표준질병·사인분류상 T67.0(열사병 및 일사병)에 해당 하는 경우. 단, 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 T67.0 (열사병 및 일사병) 이외에 추가로 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함 하는 것으로 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 자연재난에 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 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

 - ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
 - ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.(이하 같습니다.)
 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.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제37조(보험 등의 불이익 금지)】

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

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 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자연재해후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 국내에서 발생한 자연재해로 인하여 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해상태가 되었을 경우에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 자연재해라 함은 ‘자연재난’ 및 ‘열사병 및 일사병’으로 아래의 사고를 말한다.
 1. 자연재난 : 재난 및 안전관리 기본법 제3조(정의) 제1호 가목에서 정한 자연재난
 2. 열사병 및 일사병 : 제8차 한국표준질병·사인분류상 T67.0(열사병 및 일사병)에 해당하는 경우. 단, 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 T67.0(열사병 및 일사병) 이외에 추가로 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.
- ③ 제2항의 자연재난은 재난 및 안전관리 기본법 시행규칙 제5조(재난상황의 보고 등)에 의해 보고된 경우에 한합니다.

【재난 및 안전관리 기본법 제3조(정의) 제1호 가목】

1. “재난”이란 국민의 생명·신체·재산과 국가에 피해를 주거나 줄 수 있는 것으로서 다음 각 목의 것을 말한다.
 - 가. 자연재난: 태풍, 홍수, 호우(豪雨), 강풍, 풍랑, 해일(海溢), 대설, 한파, 낙뢰, 가뭄, 폭염, 지진, 황사(黃砂), 조류(藻類) 대발생, 조수(潮水), 화산활동, 소행성·유성체 등 자연우주물체의 추락·충돌, 그 밖에 이에 준하는 자연현상으로 인하여 발생하는 재해

【재난 및 안전관리 기본법 시행규칙 제5조(재난상황의 보고 등)】

- ① 법 제20조제1항에 따라 시장(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제11조제1항에 따른 행정시장을 포함한다. 이하 같다)·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다), 소방서장, 해양경찰서장, 법 제3조제5호나목에 따른 재난관리책임기관의 장 또는 법 제26조제1항에 따른 국가핵심기반의 장(이하 “재난상황의 보고자”라 한다)은 다음 각 호의 구분에 따라 재난상황을 보고해야 한다.
 1. 최초 보고: 인명피해 등 주요 재난 발생 시 지체 없이 서면(전자문서를 포함한다), 팩스, 전화 중 가장 빠른 방법으로 하는 보고
 2. 중간 보고: 별지 제1호서식(법 제3조제1호가목에 따른 재난의 경우에는 별지 제2호서식)에 따라 전산시스템 등을 활용하여 재난 수습기간 중에 수시로 하는 보고
 3. 최종 보고: 재난 수습이 끝나거나 재난이 소멸된 후 영 제24조제1항에 따른 사항을 종합하여 하는 보고
- ② 법 제20조제1항에 따라 재난상황의 보고자는 응급조치 내용을 별지 제3호서식의 응급복구조치 상황 및 별지 제4호서식의 응급구호조치 상황으로 구분하여 재난기간 중 1일 2회 이상 보고하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

농기계사고 상해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 대한민국 국내에서 농기계사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
 2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 농기계사고라 함은 아래 각 호에서 정한 경우를 말합니다.
1. 농기계를 직접 운전하던 중에 일어난 사고
 2. 농기계를 운전하고 있지 않은 상태로 농기계에 탑승 중에 일어난 사고
 3. 도로 통행중의 피보험자가 농기계로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ③ 제1항 및 제2항의 농기계라 함은 아래 각호와 같습니다.
1. 동력경운기, 농업용트랙터, 농업용콤바인, 스피드스프레이어(SS기)
 2. 승용이앙기, 승용관리기, 베일러(결속기)
 3. 광역방제기, 농업용무인헬기
 4. 농업용굴삭기, 농업용동력운반차, 농업용로우더
 5. 지방자치단체 소유 농기계 및 기타 회사가 인정하는 농기계와 그 농기계의 부속작업기

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.
1. 농기계를 시험용, 경기용 또는 경기를 위해 연습용으로 사용하던 중 생긴 손해. 다만, 운전면허시험을 위한 운전(조종)시험용으로 사용하던 중 생긴 손해는 보상합니다.
 2. 피보험자가 정규 승차용 구조장치가 아닌 장소에 탑승하여 생긴 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

가스사고 상해 특별약관

제1조(보험금 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 가스사고로 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다. 단, 중독으로 인한 사망은 보장합니다) : 사망보험금
 2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금
- ② 제1항 제1호의 「가스사고」라 함은 「고압가스안전관리법」, 「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.

유독성물질 사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 【별표47】 (유독성 물질에 의한 불의의 중독 및 노출 분류표)에서 정하는 중독 및 노출로 인하여 사망한 경우 보험수익자에게 보험증권에 기재된 보험가입금액을 사망보험금으로 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

침몰사고 사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 선박의 침몰 또는 전복 사고로 인하여 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

제2조(사고의 정의)

- ① 이 특별약관에서 보장하는 침몰 및 전복 사고는 「해양사고의 조사 및 심판에 관한 법률」 및 「해양사고의 조사 및 심판에 관한 법률 사무처리요령」에서 정하는 바에 따르며 아래와 같습니다.
1. 전복사고: 선박이 뒤집혀지는 것(충돌, 접촉 좌초, 화재, 폭발에 의한 것은 제외합니다)
 2. 침몰사고: 선박이 악천후 조우, 외관 등의 균열이나 파공, 절단 등에 의한 침수의 결과로 가라앉는 것(충돌, 접촉, 전복, 화재, 폭발에 의한 것은 제외합니다)
- ② 이 특별약관에서 '선박'이라 함은 「해양사고의 조사 및 심판에 관한 법률」에서 정하는 선박을 말합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스쿨존 교통사고 후유장애 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(만 12세 이하인 피보험자)가 보험기간 중에 「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙」 제3조에 의하여 어린이보호구역으로 지정된 지역 내에서 교통사고로 인하여 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)로 장애분류표(【별표1】 참조)에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 경우에는 장애분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장애보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 교통사고라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
 1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
 2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ③ 제2항에서 자동차라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에서 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조에서 정한 건설기계를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ④ 제2항의 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 4. 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)
- ⑤ 제1항의 경우 관할경찰서에서 교통사고로 접수된 경우 또는 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상을 받은 경우를 말하며, 교통사고임을 입증할 수 있는 서류(교통사고 사실확인원, 자동차보험 사고처리확인서 등)을 제출하여야 합니다.

제2조(피보험자의 범위)

제1조(보험금의 지급사유)의 피보험자는 계약시점에서 만 12세 이하의 어린이에 한합니다.

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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하고 있는 동안에 발생한 손해
 2. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
 3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
 4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안에 발생한 손해

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해사고 ()일이상 진단 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 인하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에서 ()일 이상 최초 진단을 받고(추가 진단은 해당하지 않습니다.) 실제 치료중이거나 치료가 종료된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 상해사고 진단보험금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해사고 ()일이상 진단(교통상해 제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해(교통상해는 제외합니다)로 인하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에서 ()일 이상 최초 진단을 받고(추가 진단은 해당하지 않습니다.) 실제 치료중이거나 치료가 종료된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 상해사고 진단보험금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 교통상해라 함은 다음 각 호의 상해를 말합니다.
 1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 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 외래의 상해
- ③ 제2항의 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 제2조에 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)

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고 상해진단 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거사고로 상해를 입어 그 상해로 인하여 의료법 제3조(의료기관)에서 최초 진단(추가 진단은 해당되지 않습니다)을 받고, 실제치료중이거나 치료가 종결된 경우 진단일수에 따라 보험증권에 기재된 보험가입금액을 자전거상해 진단보험금으로 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 제1항의 진단일수라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에서 최초 진단(추가 진단은 해당되지 않습니다)으로 받은 일수를 말합니다.
- ③ 제1항의 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. 도로 통행중의 피보험자가 자전거로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ④ 제1항의 자전거라 함은 도로교통법 제2조(정의) 제20호 및 자전거이용 활성화에 관한 법률 제2조 제1호에서 정한 자전거를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

- ① 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

감전사고 사망후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 발생한 감전사고의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
 2. 보험기간 중에 발생한 감전사고의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 본 특약에서 “감전사고”라 함은 피보험자의 신체에 「감전재해 예방을 위한 기술상의 지침」 제2조 제1호의 감전(외부에서 인가된 전원에 의하여 인체 안으로 전류가 통과되는 것)이 발생한 경우를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유가 감전사고 이외의 원인(추락 등)의 직접결과로써 발생한 경우

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

사회재난(감염병 제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 발생한 사회재난(감염병 제외)으로 인하여 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
 2. 보험기간 중에 발생한 사회재난(감염병 제외)으로 인하여 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 사회재난(감염병 제외)라 함은 아래 각 호의 내용을 말합니다.
1. ‘사회재난(감염병 제외)’이라 함은 재난 및 안전관리 기본법 제3조(정의) 제1호 나목에서 정의된 ‘사회재난’을 말합니다. 다만, 재난 및 안전관리 기본법 제3조(정의) 제1호 나목의 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에 따른 감염병은 제외합니다.
 2. 제1호의 ‘사회재난(감염병 제외)’에 의한 사망은 재난 및 안전관리 기본법 시행규칙 제5조(재난상황의 보고 등)에 의해 보고된 경우에 한합니다.

【재난 및 안전관리 기본법 제3조(정의) 제1호 나목】

1. “재난”이란 국민의 생명·신체·재산과 국가에 피해를 주거나 줄 수 있는 것으로서 다음 각 목의 것을 말한다.
- 나. 사회재난: 화재·붕괴·폭발·교통사고(항공사고 및 해상사고를 포함한다)
· 화생방사고·환경오염사고 등으로 인하여 발생하는 대통령령으로 정하는 규모 이상의 피해와 국가핵심기반의 마비, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병 또는 「가축전염병예방법」에 따른 가축전염병의 확산, 「미세먼지 저감 및 관리에 관한 특별법」에 따른 미세먼지 등으로 인한 피해

【재난 및 안전관리 기본법 시행규칙 제5조(재난상황의 보고 등)】

- ① 법 제20조제1항에 따라 시장(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제11조제1항에 따른 행정시장을 포함한다. 이하 같다)·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다), 소방서장, 해양경찰서장, 법 제3조제5호나목에 따른 재난관리책임기관의 장 또는 법 제26조제1항에 따른 국가핵심기반의 장(이하 “재난상황의 보고자”라 한다)은 다음 각 호의 구분에 따라 재난상황을 보고해야 한다.
1. 최초 보고: 인명피해 등 주요 재난 발생 시 지체 없이 서면(전자문서를 포함한다), 팩스, 전화 중 가장 빠른 방법으로 하는 보고
 2. 중간 보고: 별지 제1호서식(법 제3조제1호가목에 따른 재난의 경우에는 별지 제2호서식)에 따라 전산시스템 등을 활용하여 재난 수습기간 중에 수시로 하는 보고
 3. 최종 보고: 재난 수습이 끝나거나 재난이 소멸된 후 영 제24조제1항에 따른 사항을 종합하여 하는 보고
- ② 법 제20조제1항에 따라 재난상황의 보고자는 응급조치 내용을 별지 제3호서식의 응급복구조치 상황 및 별지 제4호서식의 응급구호조치 상황으로 구분하여 재난기간 중 1일 2회 이상 보고하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

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 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 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

운동 및 기타위험 확장보상(전문등반 등) 특별약관(1)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제2항 제1호에도 불구하고 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩을 하는 동안에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장애분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 후유장애보험금(장애분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

운동 및 기타위험 확장보상(자동차경기 등) 특별약관(Ⅱ)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제2항 제2호에도 불구하고 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)을 하는 동안에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
2. 보험기간 중 제1호의 상해로 장애분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 후유장애보험금(장애분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

24시간 상해확장보상 추가특별약관

제1조(특별약관의 적용)

- ① 이 추가특별약관은 상해로 인한 사망, 후유장해를 보장하는 약관 중 피보험자가 가입한 보통약관 및 특별약관(이하 “24시간 상해 약관”라 합니다)에 대하여 적용합니다.
- ② 제1항의 상해로 인한 사망, 후유장해를 보장하는 약관이라 함은 아래 기재된 특약을 말합니다.
 1. 단체안심상해보험 보통약관
 2. 24시간 상해 사망 및 고도후유장해 특별약관
 3. 24시간 상해 ()%이상 고도후유장해발생 특별약관
 4. 24시간 상해 ()%미만 후유장해 특별약관

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 가입한 24시간 상해 약관의 각 보험금의 지급사유에 따라 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 상해사망 부보장 특별약관 또는 상해후유장해 부보장 특별약관을 동시 가입한 경우에는 해당 부보장 특별약관에 의하여 부보장 되는 부분은 제외하고 보상하여 드립니다.

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
- ② 제1항에서 정한 보험금을 지급하지 않는 사유 외 24시간 상해 약관의 각 ‘보험금을 지급하지 않는 사유’는 적용하지 아니합니다.

제4조(전쟁, 기타 변란시의 보험금)

회사는 피보험자가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 사망하거나, 후유장해가 발생하였을 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 24시간 상해 약관을 따릅니다.

24시간 상해확장보상 추가특별약관 II

제1조(특별약관의 적용)

- ① 이 추가특별약관은 상해로 인한 사망, 후유장해를 보장하는 약관 중 피보험자가 가입한 보통약관 및 특별약관(이하 “24시간 상해 약관”라 합니다)에 대하여 적용합니다.
- ② 제1항의 상해로 인한 사망, 후유장해를 보장하는 약관이라 함은 아래 기재된 특약을 말합니다.
 1. 단체안심상해보험 보통약관
 2. 24시간 상해 사망 및 고도후유장해 특별약관
 3. 24시간 상해 ()%이상 고도후유장해발생 특별약관
 4. 24시간 상해 ()%미만 후유장해 특별약관

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 가입한 24시간 상해 약관의 각 보험금의 지급사유에 따라 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 상해사망 부보장 특별약관 또는 상해후유장해 부보장 특별약관을 동시 가입한 경우에는 해당 부보장 특별약관에 의하여 부보장 되는 부분은 제외하고 보상하여 드립니다.

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
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ③ 제1항 및 제2항에서 정한 보험금을 지급하지 않는 사유 외 24시간 상해 약관의 각 ‘보험금을 지급하지 않는 사유’는 적용하지 아니합니다.

제4조(전쟁, 기타 변란시의 보험금)

회사는 피보험자가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 사망하거나, 후유장해가 발생하였을 경우

그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 24시간 상해 약관을 따릅니다.

24시간 상해확장보상 추가특별약관 III

제1조(특별약관의 적용)

- ① 이 추가특별약관은 상해로 인한 사망, 후유장해를 보장하는 약관 중 피보험자가 가입한 보통약관 및 특별약관(이하 “24시간 상해 약관”라 합니다)에 대하여 적용합니다.
- ② 제1항의 상해로 인한 사망, 후유장해를 보장하는 약관이라 함은 아래 기재된 특약을 말합니다.
 1. 단체안심상해보험 보통약관
 2. 24시간 상해 사망 및 고도후유장해 특별약관
 3. 24시간 상해 ()%이상 고도후유장해발생 특별약관
 4. 24시간 상해 ()%미만 후유장해 특별약관

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 가입한 24시간 상해 약관의 각 보험금의 지급사유에 따라 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 상해사망 부보장 특별약관 또는 상해후유장해 부보장 특별약관을 동시 가입한 경우에는 해당 부보장 특별약관에 의하여 부보장 되는 부분은 제외하고 보상하여 드립니다.

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
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(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)
- ③ 제1항 및 제2항에서 정한 보험금을 지급하지 않는 사유 외 24시간 상해 약관의 각 ‘보험금을 지급하지 않는 사유’는 적용하지 아니합니다.

제4조(전쟁, 기타 변란시의 보험금)

회사는 피보험자가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 사망하거나, 후유장해가 발생하였을 경우

그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 24시간 상해 약관을 따릅니다.

24시간 상해확장보상 추가특별약관Ⅳ

제1조(특별약관의 적용)

- ① 이 추가특별약관은 상해로 인한 사망, 후유장해를 보장하는 약관 중 피보험자가 가입한 보통약관 및 특별약관(이하 “24시간 상해 약관”라 합니다)에 대하여 적용합니다.
- ② 제1항의 상해로 인한 사망, 후유장해를 보장하는 약관이라 함은 아래 기재된 특약을 말합니다.
 1. 단체안심상해보험 보통약관
 2. 24시간 상해 사망 및 고도후유장해 특별약관
 3. 24시간 상해 ()%이상 고도후유장해발생 특별약관
 4. 24시간 상해 ()%미만 후유장해 특별약관

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 가입한 24시간 상해 약관의 각 보험금의 지급사유에 따라 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 상해사망 부보장 특별약관 또는 상해후유장해 부보장 특별약관을 동시 가입한 경우에는 해당 부보장 특별약관에 의하여 부보장 되는 부분은 제외하고 보상하여 드립니다.

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
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- ③ 제1항 및 제2항에서 정한 보험금을 지급하지 않는 사유 외 24시간 상해 약관의 각 ‘보험금을 지급하지 않는 사유’는 적용하지 아니합니다.

제4조(전쟁, 기타 변란시의 보험금)

회사는 피보험자가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 사망하거나, 후유장해가 발생하였을 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 24시간 상해 약관을 따릅니다.

교통상해확장보상 추가특별약관

제1조(특별약관의 적용)

- ① 이 추가특별약관은 교통상해로 인한 사망, 후유장해를 보장하는 약관 중 피보험자가 가입한 특별약관(이하 “교통상해 약관”라 합니다)에 대하여 적용합니다.
- ② 제1항의 교통상해로 인한 사망, 후유장해를 보장하는 약관이라 함은 아래 기재된 특약을 말합니다.
 1. 교통상해 특별약관
 2. 교통상해 사망 및 고도후유장해 특별약관
 3. 교통상해 ()%이상 고도후유장해발생 특별약관
 4. 교통상해 ()%미만 후유장해 특별약관

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 가입한 교통상해 약관의 각 보험금의 지급사유에 따라 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 상해사망 부보장 특별약관 II 또는 상해후유장해 부보장 특별약관 II를 동시 가입한 경우에는 해당 부보장 특별약관에 의하여 부보장 되는 부분은 제외하고 보상하여 드립니다.

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. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 5. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
- ② 제1항에서 정한 보험금을 지급하지 않는 사유 외 교통상해 약관의 각 ‘보험금을 지급하지 않는 사유’는 적용하지 아니합니다.

제4조(전쟁, 기타 변란시의 보험금)

회사는 피보험자가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 사망하거나, 후유장해가 발생하였을 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 교통상해 약관을 따릅니다.

상해사망·후유장해 부보장 특별약관

제1조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제3조(보험금의 지급사유) 및 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 정한 규정에도 불구하고 이 특약에 따라 상해사망·후유장해 보험금을 드리지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해사망 부보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
 1. 보험기간 중 상해로 장애분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때: 후유장애보험금(장애분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항에서 정한 보험금의 지급사유 외 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)는 적용하지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해후유장해 부보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 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 제1항에서 정한 보험금의 지급사유 외 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)는 적용하지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해사망 부보장 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 () 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 규정에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, () 특별약관에서 정한 상해로 인한 사망보험금은 지급하지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 ()특별약관을 따릅니다.

상해후유장해 부보장 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 () 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 규정에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, () 특별약관에서 정한 상해로 인한 후유장해보험금은 지급하지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 ()특별약관을 따릅니다.

상해확장보장 추가특별약관(II)

제1조(특별약관의 적용)

- ① 이 추가특별약관은 상해로 인한 사망, 후유장해, 진단비, 입원일당, 통원일당, 수술비, 치료비를 보장하는 약관(【별표81】 참조) 중 피보험자가 가입한 보통약관 및 () 특별약관(이하 “상해 ()약관”라 합니다)에 대하여 적용합니다.
- ② 상해와 질병을 함께 보장하는 특별약관의 경우, 질병을 제외하고 상해에 대하여만 이 추가특별약관을 적용합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 상해 ()약관의 ‘보험금의 지급사유’의 조항에도 불구하고 아래 각 호의 기준에 따라 보상하여 드립니다.
 1. 상해 ()약관이 【별표81】에서 정하는 1) 상해 사망, 후유장해, 진단비를 보장하는 약관에 해당하는 경우 : 보험기간 이후에 사망, 후유장해지급을 확정 또는 진단 확정되었더라도 보험기간 중 사망, 후유장해, 진단의 직접적인 원인이 되는 상해 사고가 발생한 경우 상해 ()약관의 ‘보험금의 지급사유’의 조항에 따라 보상하여 드립니다.
 2. 상해 ()약관이 【별표81】에서 정하는 2) 상해 입원일당, 통원일당, 수술비, 치료비를 보장하는 약관에 해당하는 경우 : 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 보험기간 이전에 발생한 상해사고에 대해서도 상해 ()약관의 ‘보험금의 지급사유’의 조항에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항 제2호에서 갱신된 계약이라 함은 상해 ()약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 10일 이내에 이 계약의 상해 ()약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다. 단, 10일을 초과하더라도 이전 계약의 보험가입 사실을 확인하고 보험사가 이를 승인한 경우에는 계약이 갱신된 것으로 봅니다.

제3조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 상해 ()약관을 따릅니다.

2. 산업재해담보

산업재해 사망 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」 중 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 사망하거나 피보험자가 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」 중 질병 또는 공무원 재해보상법 제4조(공무상 재해의 인정기준)에서 정한 「공무상 질병」으로 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 산업재해사망보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다. 단, 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 유족급여를 지급한 경우에만 산업재해사망보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따르며, 제1항의 공무원 재해보상법 제4조(공무상 재해의 인정기준)에서 정한 「공무상 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제37조(보험 등의 불이익 금지)】

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 사유 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보장하여 드리지 않습니다.

1. 임신, 출산(제왕절개포함), 유산. 그러나 질병으로 인한 경우에는 보장하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해 질병사망 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」 중 질병 또는 공무원 재해보상법 제4조(공무상 재해의 인정기준)에서 정한 「공무상 질병」으로 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 산업재해질병사망보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다. 단, 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 유족급여를 지급한 경우에만 산업재해질병사망보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따르며, 제1항의 공무원 재해보상법 제4조(공무상 재해의 인정기준)에서 정한 「공무상 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제37조(보험 등의 불이익 금지)】

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 손해)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 사유 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 회사가 보통약관에 따라 보험금을 지급할 상해로 인한 질병
2. 임신, 출산(제왕절개포함), 유산. 그러나 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해 상해사망 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」 중 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1년이내에 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 산업재해상해사망보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다. 단, 근로복지공단이 유족급여를 지급한 경우에만 산업재해상해사망보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따릅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 사유 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 임신, 출산(제왕절개포함), 유산.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해 장해 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」 중 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 「산업재해보상보험법 시행령 별표6 장해등급의 기준」에서 정한 제1급~제14급 장해(이하 「장해」라 합니다)상태가 되어, 사고일로부터 1년 이내에 산업재해보상보험법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 장해급여대상자로 판정한 경우, 다음과 같이 산업재해장해보험금을 지급합니다.

장 해 등 급	지 급 액
1급 ~ 2급	특약 보험가입금액의 100%
3급 ~ 5급	특약 보험가입금액의 70%
6급 ~ 8급	특약 보험가입금액의 50%
9급 ~ 11급	특약 보험가입금액의 30%
12급 ~ 14급	특약 보험가입금액의 10%

- ② 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」 중 질병으로 진단확정받고 「산업재해보상보험법 시행령 별표6 장해등급의 기준」에서 정한 제1급~제14급 장해(이하 「장해」라 합니다)상태가 되어, 보험기간 중 산업재해보상보험법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 장해급여대상자로 판정한 경우에는 다음과 같이 산업재해장해급여금을 지급합니다.

장 해 등 급	지 급 액
1급 ~ 2급	특약 보험가입금액의 100%
3급 ~ 5급	특약 보험가입금액의 70%
6급 ~ 8급	특약 보험가입금액의 50%
9급 ~ 11급	특약 보험가입금액의 30%
12급 ~ 14급	특약 보험가입금액의 10%

- ③ 피보험자가 보험기간 중에 공무원 재해보상법 제4조(공무상 재해의 인정기준)에서 정한 「공무상 질병」으로 진단확정받고 「공무원 재해보상법 시행령 별표3 장해등급」에서 정한 제1급~제14급 장해상태가 되어, 보험기간 중 공무원연금관리공단이 장해급여대상자로 판정한 경우에도 제2항과 같이 산업재해장해보험금을 지급합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에 규정한 장해급여대상자의 판정일은 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 발급한 장해결정통보서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제3항에 규정한 산업재해장해보험금의 지급사유가 다른 「업무상의 재해」

중 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 산업재해장해보험금을 드립니다. 그러나 그 장해가 이미 산업재해장해보험금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생한 장해에 해당하는 산업재해장해보험금에서 이미 지급한 산업재해장해보험금을 뺀 금액을 드립니다.

- ⑥ 제2항 및 제3항에서 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 제2항 및 제3항에서 정한 보험기간 중에 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해등급이 판정되어 장해급여를 지급받은 경우, 보험기간 중 장해급여를 지급받은 악화된 장해등급에 해당하는 산업재해질병장해보험금에서 보험기간 이전의 장해등급에 특약보험가입금액을 곱한 금액을 뺀 금액을 드립니다.
- ⑦ 산업재해장해보험금의 지급한도는 통산하여 특약보험가입금액의 100%로 합니다.
- ⑧ 제1항에도 불구하고 제1항의 상해로 인해 사고일로부터 1년 이내에 장해급여가 지급되지 않은 경우에는, 그 이후 근로복지공단의 장해급여 지급일을 기준으로 하여 이 특별약관에서 산업재해장해보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑨ 제1항 및 제2항의 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따르며, 제3항의 공무원 재해보상법 제4조(공무상 재해의 인정기준)에서 정한 「공무상 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 사유 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

- 1. 임신, 출산(제왕절개포함), 유산. 그러나 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해 질병장해 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」 중 질병으로 진단확정받고 「산업재해보상보험법 시행령 별표6 장애등급의 기준」에서 정한 제1급~제14급 장애(이하 「장애」라 합니다)상태가 되어, 보험기간 중 산업재해보상보험법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 장애급여대상자로 판정한 경우에는 다음과 같이 산업재해질병장해급여금을 지급합니다.

장 해 등 급	지 급 액
1급 ~ 2급	특약 보험가입금액의 100%
3급 ~ 5급	특약 보험가입금액의 70%
6급 ~ 8급	특약 보험가입금액의 50%
9급 ~ 11급	특약 보험가입금액의 30%
12급 ~ 14급	특약 보험가입금액의 10%

- ② 피보험자가 보험기간 중에 공무원 재해보상법 제4조(공무상 재해의 인정기준)에서 정한 「공무상 질병」으로 진단확정받고 「공무원 재해보상법 시행령 별표3 장애등급」에서 정한 제1급~제14급 장애상태가 되어, 보험기간 중에 공무원연금관리공단이 장애급여대상자로 판정한 경우에도 제1항과 같이 산업재해질병장해급여금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 규정한 장애급여대상자의 판정일은 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 발급한 장애결정통보서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 규정한 산업재해질병장해보험금의 지급사유가 다른 「업무상의 재해」 중 질병을 직접적인 원인으로 하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 산업재해질병장해보험금을 드립니다. 그러나 그 장애가 이미 산업재해질병장해보험금을 지급받은 동일부위에 가중된 장애일 때에는 새로이 발생한 장애에 해당하는 산업재해질병장해보험금에서 이미 지급한 산업재해질병장해보험금을 뺀 금액을 드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에서 정한 「업무상의 재해」 중 질병 또는 「공무로 인한 질병」으로 보험기간 이전에 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단으로부터 장애등급 판정을 받아 장애급여가 지급된 후, 동일한 질병을 원인으로 장애상태가 더 악화되어 제1항 및 제2항에서 정한 보험기간 중에 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애등급이 판정된 경우, 보험기간 중에 판정된 악화된 장애등급에 해당하는 산업재해질병장해보험금에서 보험기간 이전의 장애등급에 특약보험가입금액을 곱한 금액을 뺀 금액을 드립니다.
- ⑥ 산업재해질병장해보험금의 지급한도는 통산하여 특약보험가입금액의 100%로 합니다.
- ⑦ 제1항의 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복

지공단의 판단에 따르며, 제2항의 공무원 재해보상법 제4조(공무상 재해의 인정기준)에서 정한 「공무상 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 사유 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 회사가 보통약관에 따라 보험금을 지급할 상해로 인한 질병
2. 임신, 출산(제왕절개포함), 유산. 그러나 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해 상해장해 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」 중 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 「산업재해보상보험법 시행령 별표6 장애등급의 기준」에서 정한 제1급~제14급 장애(이하 「장애」라 합니다)상태가 되어, 사고일로부터 1년 이내에 산업재해보상보험법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 장애급여대상자로 판정한 경우, 다음과 같이 산업재해상해장해보험금을 지급합니다.

장 해 등 급	지 급 액
1급 ~ 2급	특약 보험가입금액의 100%
3급 ~ 5급	특약 보험가입금액의 70%
6급 ~ 8급	특약 보험가입금액의 50%
9급 ~ 11급	특약 보험가입금액의 30%
12급 ~ 14급	특약 보험가입금액의 10%

- ② 제1항에 규정한 장애급여대상자의 판정일은 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 발급한 장애결정통보서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에 규정한 산업재해상해장해보험금의 지급사유가 다른 「업무상의 재해」 중 상해를 직접적인 원인으로 하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 산업재해상해장해보험금을 드립니다. 그러나 그 장애가 이미 산업재해상해장해보험금을 지급받은 동일부위에 가중된 장애일 때에는 새로이 발생한 장애에 해당하는 산업재해상해장해보험금에서 이미 지급한 산업재해상해장해보험금을 뺀 금액을 드립니다.
- ④ 산업재해상해장해보험금의 지급한도는 통산하여 특약보험가입금액의 100%로 합니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 제1항의 상해로 인해 사고일로부터 1년 이내에 장애급여가 지급되지 않은 경우에는, 그 이후 근로복지공단의 장애급여 지급일을 기준으로 하여 이 특별약관에서 산업재해상해장해보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑥ 제1항의 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따릅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 사유 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 임신, 출산(제왕절개포함), 유산

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3. 상해 입원일당 담보 등

24시간상해 입원일당 특별약관 I

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 장애를 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

- 입원
이 보험에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 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.

24시간상해 입원일당(산재·자동차사고 부보장) 특별약관 I

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법에 의해 처리하여야 하는 사고로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

- 입원
이 보험에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 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.

24시간상해 입원일당(산재사고 부보장) 특별약관 I

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 산업재해보상보험법에 의해 처리하여야 하는 사고로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

- 입원
이 보험에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 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.

24시간상해 입원일당(자동차사고 부보장) 특별약관 I

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 자동차손해배상보장법에 의해 처리하여야 하는 사고로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

- 입원
이 보험에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 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.

24시간상해 입원일당 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

- 입원
이 보험에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 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.

24시간상해 입원일당(산재·자동차사고 부보장) 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법에 의해 처리하여야 하는 사고로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

- 입원
이 보험에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 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.

24시간상해 입원일당(산재사고 부보장) 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 산업재해보상보험법에 의해 처리하여야 하는 사고로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

- 입원
이 보험에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 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.

24시간상해 입원일당(자동차사고 부보장) 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 자동차손해배상보장법에 의해 처리하여야 하는 사고로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

- 입원
이 보험에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 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.

업무중 상해(출·퇴근 포함) 입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중 피보험자가 업무중(출·퇴근은 업무중으로 봅니다)에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

● 입원

이 보험에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

● 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.

상해 입원비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 ()일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

● 입원

이 보험에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

● 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.

교통상해 입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에 정한 사고로 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 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 외래의 상해
- ② 제1항의 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 제2조에 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)
- ③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

● 입원

이 보험에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

● 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.

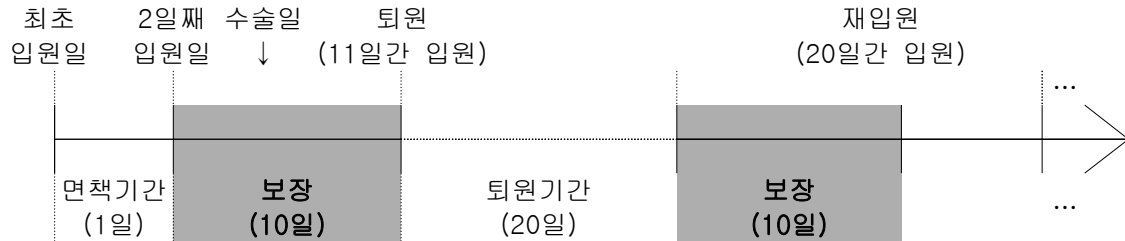
24시간상해 수술동반 입원일당(2일 이상 20일 한도) 특별약관

제1조(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 【별표20】(수술분류표)에서 정하는 수술을 받는 경우
 3. 상기 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.
- ② 제1항의 「수술」은 동일한 상해로 2종류 이상의 상해 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.
- ③ 수술 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 수술동반 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

<보상 예시>

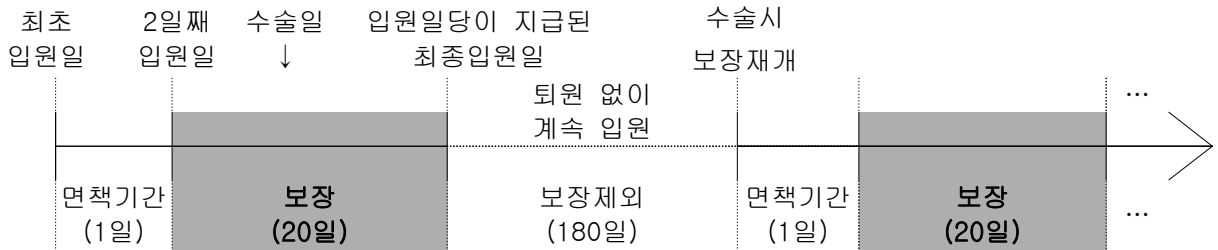
(i) 동일한 상해로 11일간 수술입원, 퇴원 후 20일간 재입원시



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술동반 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 최초의 수술동반 입원 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 수술동반 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 제2항 및 제3항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 수술동반 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 수술동반 입원은 새로운 수술동반 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상 예시>

(ii) 동일한 상해로 입원기간동안 2회 이상 수술시



⑧ 동일한 상해의 치료를 목적으로 한 수술이 입원기간동안 시행되지 않은 경우라도, 최초 입원일 이전 180일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전에 해당 입원과 동일한 상해의 치료를 목적으로 한 수술을 받은 경우, 제1항 내지 제7항에 따라 입원일당을 지급합니다.

<보상 예시>

(iii) 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준



- (1) 최초 입원일의 180일 이전일 전 수술시 미보장
(단, (1)의 기간에 수술을 받은 후 (2) 또는 (3)의 기간에 수술을 받은 경우에는 보상하여 드립니다.)
- (2) 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 보장
- (3) 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 보장
- (4) 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장
(단, (4)의 기간에 수술을 받기 이전에 (2) 또는 (3)의 기간에 수술을 받은 경우에는 보상하여 드립니다.)

제3조(입원 및 수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자 (이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

24시간상해 중환자실 입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 「중환자실」에 입원(이하 '입원'이라 합니다.)하여 치료를 받은 경우에 입원 1일당이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실」이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원(퇴원이라 함은 일반병실로 옮긴 경우도 포함합니다. 이하 같습니다)하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 상해 중환자실 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 「중환자실」에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

[의료법 시행규칙 별표4] 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 「신생아중환자실」이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 「병상 1개당 면적」은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아 중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

간병인사용 상해입원일당(요양병원 제외, 1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용 상해입원일당(요양병원 제외)로 지급합니다.

지급기준	지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	보험가입금액의 100%

- ※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
- ※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

예시
· 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원 · 입원기간 및 간병인 사용일 예시 - 입원기간 : 2022년 4월 1일 ~ 2022년 4월 30일 - 간병인 사용일 및 사용금액 2022년 4월 10일 ~ 4월 17일 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당 → 2만원 × 8일 = 16만원 지급 2022년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당 → 1만원 × 8일 = 8만원 지급 · 간병인사용상해입원일당(1일이상)(요양병원 제외) 지급금액 : 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

- ② 제1항의 간병인사용 상해입원일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간병인사용 상해입원일당(요양병원 제외)은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

-
- ③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 상해입원일당(요양병원 제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
 - ④ 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
 - ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원일당(요양병원 제외)은 지급하지 않습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 함은 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금 영수증이어야 합니다)
다만, 해당서류의 제출이 불가능할 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - 나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

간병인사용 상해입원일당(요양병원, 1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입 금액을 간병인사용 상해입원일당(요양병원)으로 지급합니다.
- ② 제1항의 간병인사용 상해입원일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간병인사용 상해입원일당(요양병원)은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 상해입원일당(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원일당(요양병원)은 지급하지 않습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 함은 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】
 침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사 양식)
 - 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금 영수증이어야 합니다)
 - 다만, 해당서류의 제출이 불가능할 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - 나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
 - 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

-
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당은 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 "간호·간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

-
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.
 - ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)

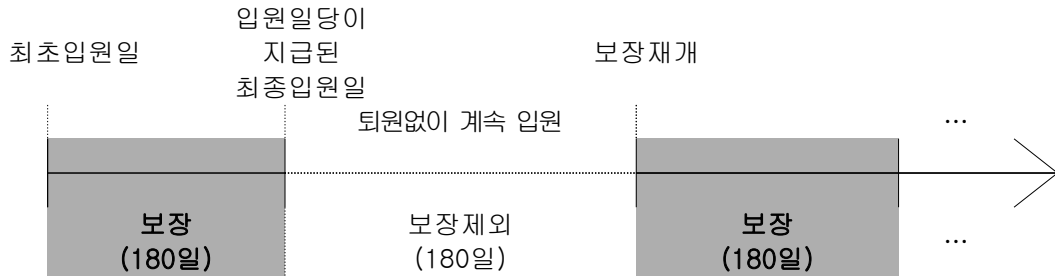
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4. 질병 입원 및 통원일당 담보 등

질병입원일당 특별약관 I

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금의 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 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정

관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자 (이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4일이상 입원만의 추가특별약관 I

제1조(적용 특칙)

이 추가특별약관에 가입된 피보험자는 질병입원일당 특별약관 I 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “최초 입원일로부터”를 “4일째 입원일로부터”로 적용합니다.

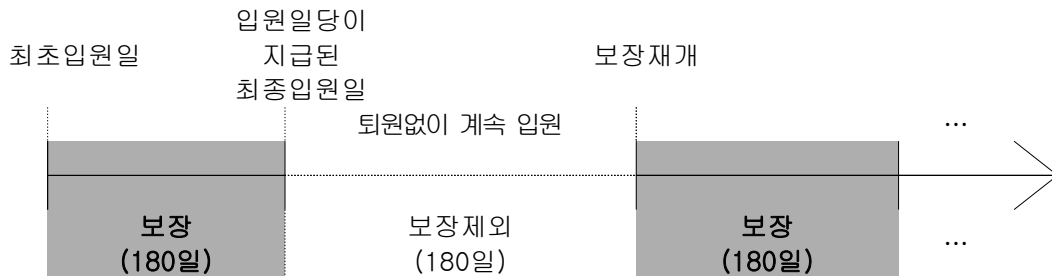
제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당 특별약관 I 및 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당(출산포함) 특별약관 I

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금의 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
5. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

-
8. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술
 9. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 10. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 11. 치과질환
 12. 불임에 따른 검사 및 시술
 13. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
 14. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원(조산원(다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원은 제외합니다)은 병원으로 봅니다), 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4일이상 입원(출산포함)만의 추가특별약관 I

제1조(적용 특칙)

이 추가특별약관에 가입된 피보험자는 질병입원일당(출산포함) 특별약관 I 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “최초 입원일로부터”를 “4일째 입원일로부터”로 적용합니다.

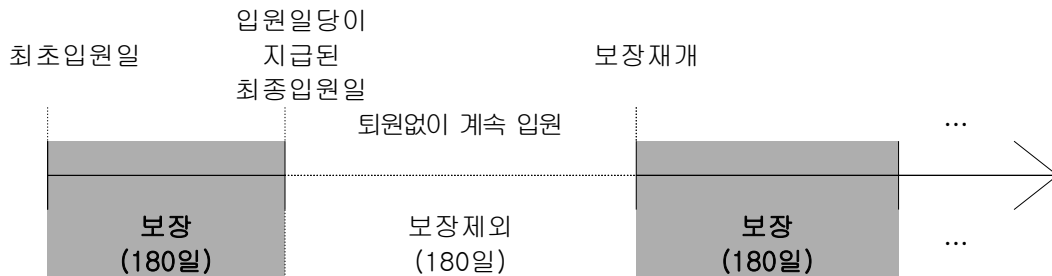
제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당(출산포함) 특별약관 I 및 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당(산재·자동차사고 부보장) 특별약관 I

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금의 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 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법에 의해 처리하여야 하는 사고
10. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
11. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
12. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
13. 정상분만, 치과질환

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자 (이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.

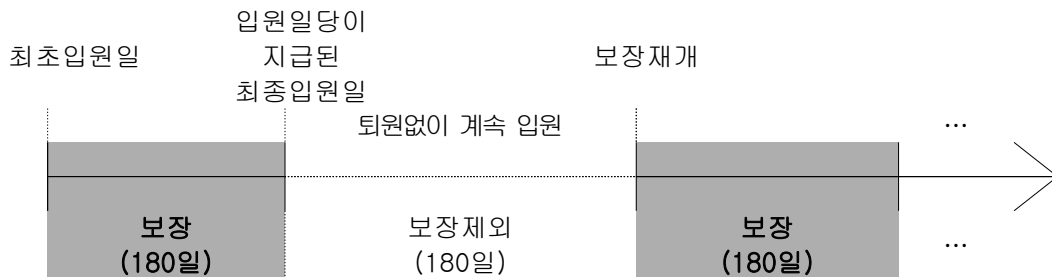
제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당(산재사고 부보장) 특별약관 I

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금의 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 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 산업재해보상보험법에 의해 처리하여야 하는 사고
10. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
11. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
12. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
13. 정상분만, 치과질환

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자 (이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.

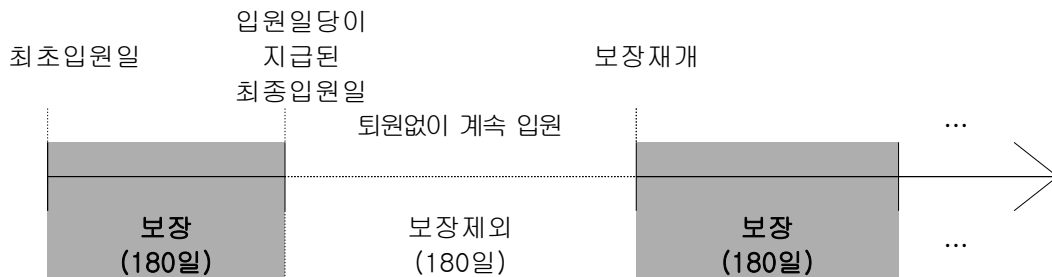
제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당(자동차사고 부보장) 특별약관 I

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금의 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 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 자동차손해배상보장법에 의해 처리하여야 하는 사고
10. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
11. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
12. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
13. 정상분만, 치과질환

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자 (이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4일이상 입원(산재·자동차사고 부보장)만의 추가특별약관 I

제1조(적용 특칙)

이 추가특별약관에 가입된 피보험자는 질병입원일당(산재·자동차사고 부보장) 특별약관 I 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “최초 입원일로부터”를 “4일째 입원일로부터”로 적용합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당(산재·자동차사고 부보장) 특별약관 I 및 보통약관을 따릅니다.

4일이상 입원(산재사고 부보장)만의 추가특별약관 I

제1조(적용 특칙)

이 추가특별약관에 가입된 피보험자는 질병입원일당(산재사고 부보장) 특별약관 I 제1조 (보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “최초 입원일로부터”를 “4일째 입원일로부터”로 적용합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당(산재사고 부보장) 특별약관 I 및 보통약관을 따릅니다.

4일이상 입원(자동차사고 부보장)만의 추가특별약관 I

제1조(적용 특칙)

이 추가특별약관에 가입된 피보험자는 질병입원일당(자동차사고 부보장) 특별약관 I 제1조 (보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “최초 입원일로부터”를 “4일째 입원일로부터”로 적용합니다.

제2조(준용규정)

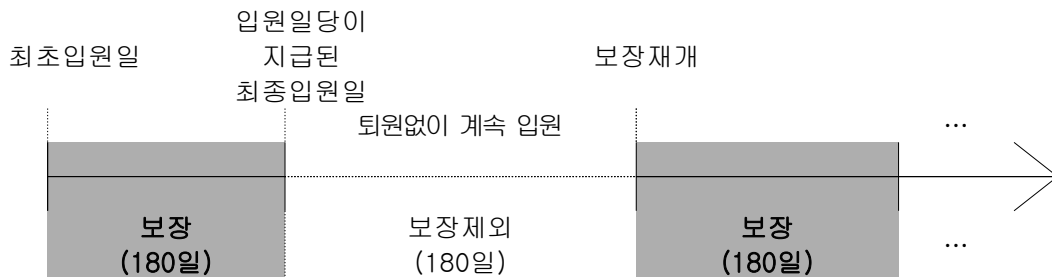
이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당(자동차사고 부보장) 특별약관 I 및 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당(출산포함, 산재·자동차사고 부보장) 특별약관 I

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금의 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
5. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

-
8. 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법에 의해 처리하여야 하는 사고
 9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술
 10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 12. 치과질환
 13. 불임에 따른 검사 및 시술
 14. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
 15. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원(조산원(다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원은 제외합니다)은 병원으로 봅니다), 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.

제4조(준용규정)

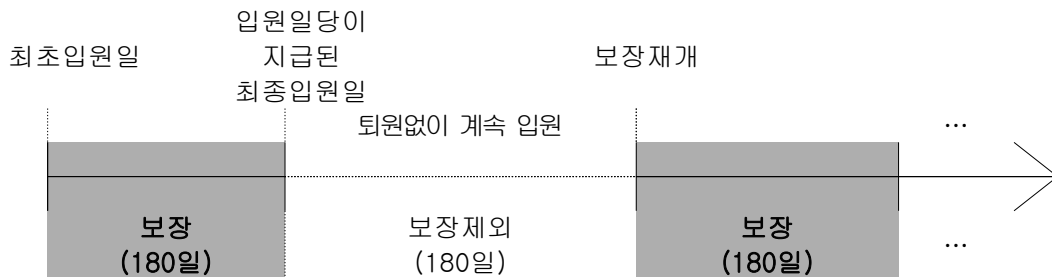
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당(출산포함, 산재사고 부보장) 특별약관 I

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금의 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
5. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

-
8. 산업재해보상보험법에 의해 처리하여야 하는 사고
 9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술
 10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 12. 치과질환
 13. 불임에 따른 검사 및 시술
 14. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
 15. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원(조산원(다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원은 제외합니다)은 병원으로 봅니다), 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.

제4조(준용규정)

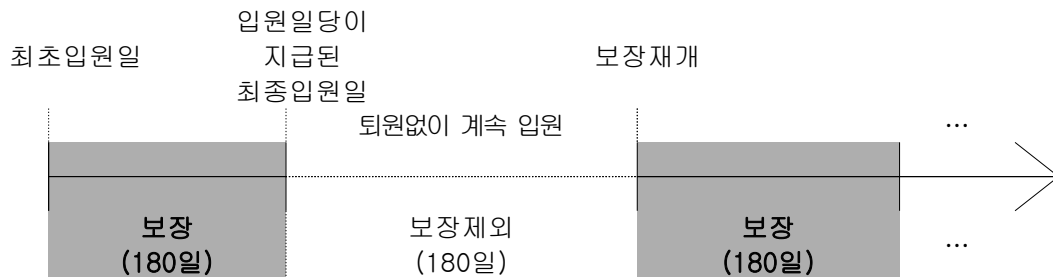
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당(출산포함, 자동차사고 부보장) 특별약관 I

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금의 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
5. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

-
8. 자동차손해배상보장법에 의해 처리하여야 하는 사고
 9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술
 10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 12. 치과질환
 13. 불임에 따른 검사 및 시술
 14. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
 15. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원(조산원(다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원은 제외합니다)은 병원으로 봅니다), 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4일이상 입원(출산포함, 산재·자동차사고 부보장)만의 추가특별약관 I

제1조(적용 특칙)

이 추가특별약관에 가입된 피보험자는 질병입원일당(출산포함, 산재·자동차사고 부보장) 특별약관 I 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “최초 입원일로부터”를 “4일째 입원일로부터”로 적용합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당(출산포함, 산재·자동차사고 부보장) 특별약관 I 및 보통약관을 따릅니다.

4일이상 입원(출산포함, 산재사고 부보장)만의 추가특별약관 I

제1조(적용 특칙)

이 추가특별약관에 가입된 피보험자는 질병입원일당(출산포함, 산재사고 부보장) 특별약관 I 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “최초 입원일로부터”를 “4일째 입원일로부터”로 적용합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당(출산포함, 산재사고 부보장) 특별약관 I 및 보통약관을 따릅니다.

4일이상 입원(출산포함, 자동차사고 부보장)만의 추가특별약관 I

제1조(적용 특칙)

이 추가특별약관에 가입된 피보험자는 질병입원일당(출산포함, 자동차사고 부보장) 특별약관 I 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “최초 입원일로부터”를 “4일째 입원일로부터”로 적용합니다.

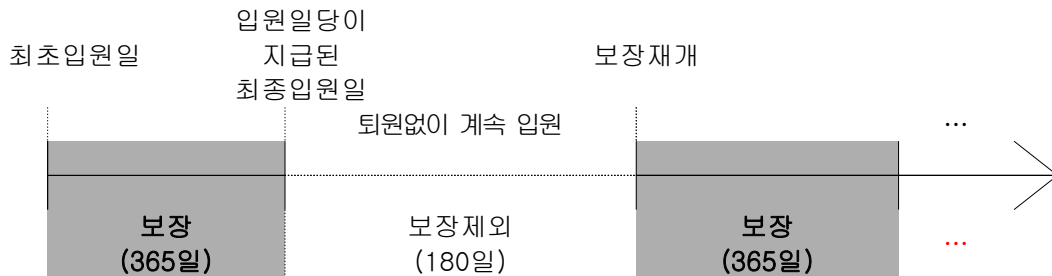
제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당(출산포함, 자동차사고 부보장) 특별약관 I 및 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금의 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 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4일이상 입원만의 추가특별약관 II

제1조(적용 특칙)

이 추가특별약관에 가입된 피보험자는 질병입원일당 특별약관 II 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “최초 입원일로부터”를 “4일째 입원일로부터”로 적용합니다.

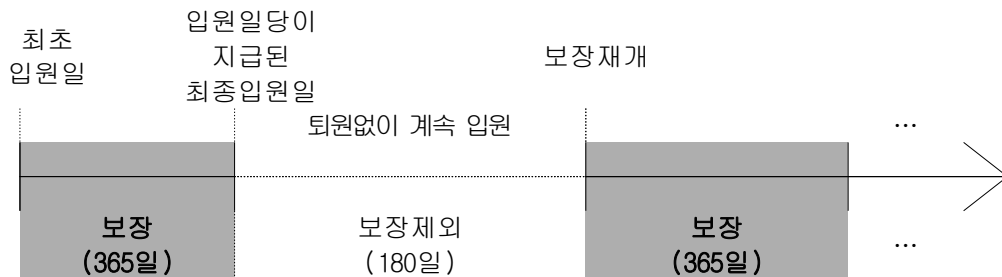
제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당 특별약관 II 및 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당(출산포함) 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금의 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
5. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

-
8. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술
 9. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 10. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 11. 치과질환
 12. 불임에 따른 검사 및 시술
 13. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
 14. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원(조산원(다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원은 제외합니다)은 병원으로 봅니다), 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4일이상 입원(출산포함)만의 추가특별약관 II

제1조(적용 특칙)

이 추가특별약관에 가입된 피보험자는 질병입원일당(출산포함) 특별약관 II 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “최초 입원일로부터”를 “4일째 입원일로부터”로 적용합니다.

제2조(준용규정)

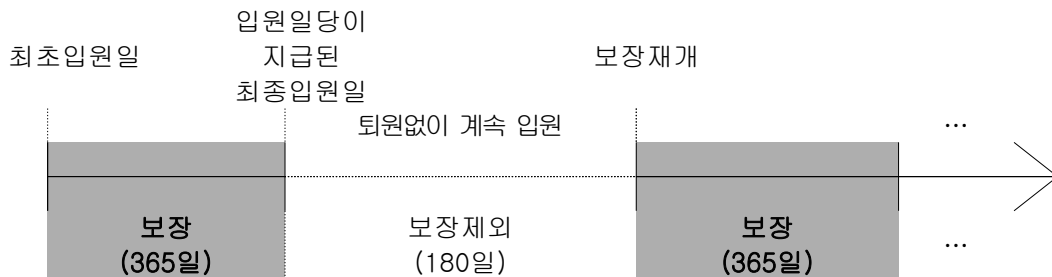
이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당(출산포함) 특별약관 II 및 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당(산재·자동차사고 부보장) 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금의 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 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법에 의해 처리하여야 하는 사고
10. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
11. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
12. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
13. 정상분만, 치과질환

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자 (이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.

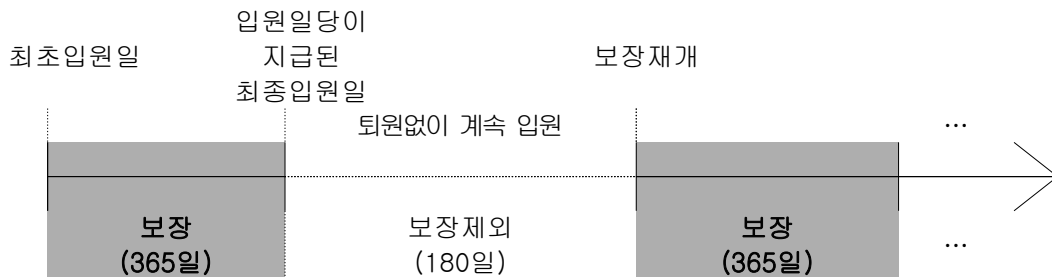
제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당(산재사고 부보장) 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금의 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 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 산업재해보상보험법에 의해 처리하여야 하는 사고
10. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
11. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
12. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
13. 정상분만, 치과질환

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자 (이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.

제4조(준용규정)

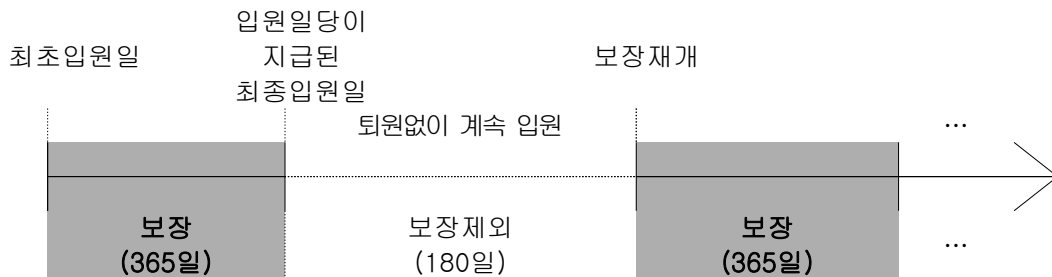
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당(자동차사고 부보장) 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금의 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 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 자동차손해배상보장법에 의해 처리하여야 하는 사고
10. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
11. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
12. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
13. 정상분만, 치과질환

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4일이상 입원(산재·자동차사고 부보장)만의 추가특별약관 II

제1조(적용 특칙)

이 추가특별약관에 가입된 피보험자는 질병입원일당(산재·자동차사고 부보장) 특별약관 II 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “최초 입원일로부터”를 “4일째 입원일로부터”로 적용합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당(산재·자동차사고 부보장) 특별약관 II 및 보통약관을 따릅니다.

4일이상 입원(산재사고 부보장)만의 추가특별약관 II

제1조(적용 특칙)

이 추가특별약관에 가입된 피보험자는 질병입원일당(산재사고 부보장) 특별약관 II 제1조 (보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “최초 입원일로부터”를 “4일째 입원일로부터”로 적용합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당(산재사고 부보장) 특별약관 II 및 보통약관을 따릅니다.

4일이상 입원(자동차사고 부보장)만의 추가특별약관 II

제1조(적용 특칙)

이 추가특별약관에 가입된 피보험자는 질병입원일당(자동차사고 부보장) 특별약관 II 제1조 (보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “최초 입원일로부터”를 “4일째 입원일로부터”로 적용합니다.

제2조(준용규정)

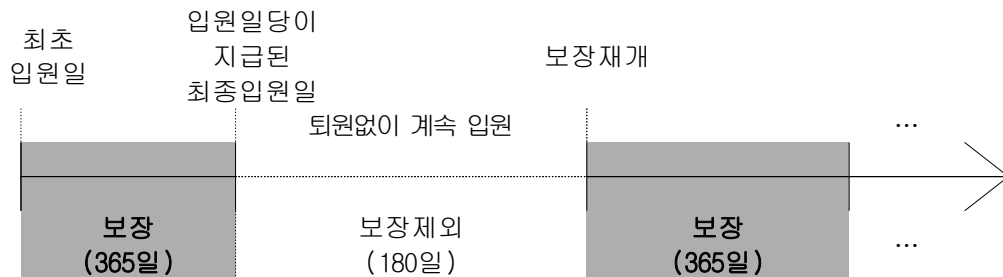
이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당(자동차사고 부보장) 특별약관 II 및 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당(출산포함, 산재·자동차사고 부보장) 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금의 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
5. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

-
8. 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법에 의해 처리하여야 하는 사고
 9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술
 10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 12. 치과질환
 13. 불임에 따른 검사 및 시술
 14. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
 15. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원(조산원(다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원은 제외합니다)은 병원으로 봅니다), 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.

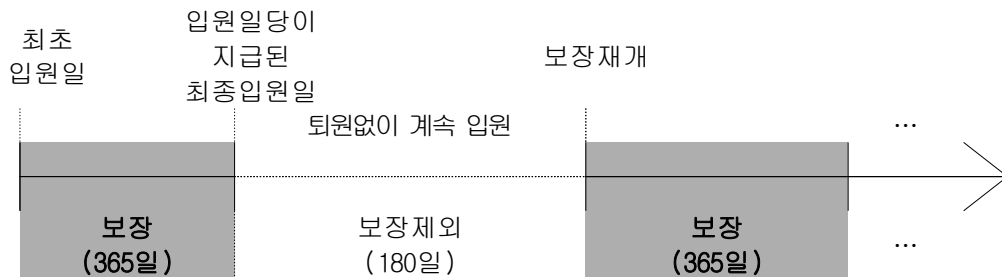
제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당(출산포함, 산재사고 부보장) 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금의 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
5. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

-
8. 산업재해보상보험법에 의해 처리하여야 하는 사고
 9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술
 10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 12. 치과질환
 13. 불임에 따른 검사 및 시술
 14. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
 15. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원(조산원(다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원은 제외합니다)은 병원으로 봅니다), 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.

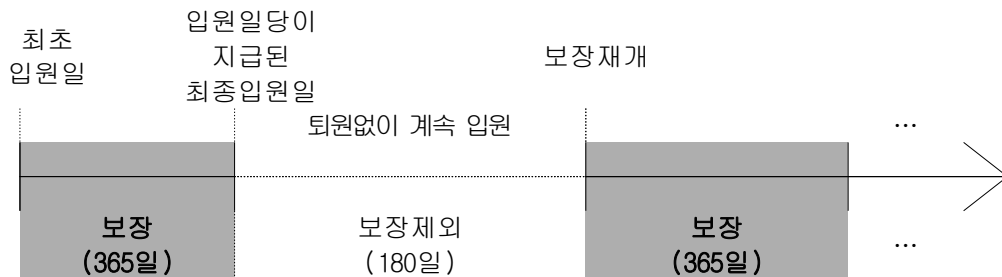
제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당(출산포함, 자동차사고 부보장) 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금의 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
5. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

-
8. 자동차손해배상보장법에 의해 처리하여야 하는 사고
 9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술
 10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 12. 치과질환
 13. 불임에 따른 검사 및 시술
 14. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
 15. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원(조산원(다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원은 제외합니다)은 병원으로 봅니다), 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4일이상 입원(출산포함, 산재·자동차사고 부보장)만의 추가특별약관 II

제1조(적용 특칙)

이 추가특별약관에 가입된 피보험자는 질병입원일당(출산포함, 산재·자동차사고 부보장) 특별약관 II 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “최초 입원일로부터 최고 365일을 한도로 입원 1일에 대하여”를 “최초 입원일로부터”를 “4일째 입원일로부터”로 적용합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당(출산포함, 산재·자동차사고 부보장) 특별약관 II 및 보통약관을 따릅니다.

4일이상 입원(출산포함, 산재사고 부보장)만의 추가특별약관 II

제1조(적용 특칙)

이 추가특별약관에 가입된 피보험자는 질병입원일당(출산포함, 산재사고 부보장) 특별약관 II 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “최초 입원일로부터”를 “4일째 입원일로부터”로 적용합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당(출산포함, 산재사고 부보장) 특별약관 II 및 보통약관을 따릅니다.

4일이상 입원(출산포함, 자동차사고 부보장)만의 추가특별약관 II

제1조(적용 특칙)

이 추가특별약관에 가입된 피보험자는 질병입원일당(출산포함, 자동차사고 부보장) 특별약관 II 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 “최초 입원일로부터”를 “4일째 입원일로부터”로 적용합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당(출산포함, 자동차사고 부보장) 특별약관 II 및 보통약관을 따릅니다.

암입원비(요양병원 제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양(악성과 양성의 중간 단계의 종양을 의미합니다) 또는 갑상선암으로 진단확정되고 제3조(암의 직접적인 치료의 정의)에서 정한 암의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에 4일 이상 계속하여 입원(병원 또는 의원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다)하여 의사의 치료를 받았을 경우 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 암(기타 피부암, 갑상선암 제외)의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날로 하며, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.
 1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
 2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
 3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우
- ③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

제2조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4】 악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 「기타 피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 【별표4】 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병(【별표5】 제자리 신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ④ 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표7】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ⑤ 「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 【별표4】 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때

에는 피보험자가 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표25】 이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제3조(암의 직접적인 치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 “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

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호】

3. “말기환자(末期患者)”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종

양 또는 갑상선암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 양, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암의 치료에 전념하는 것을 말합니다.

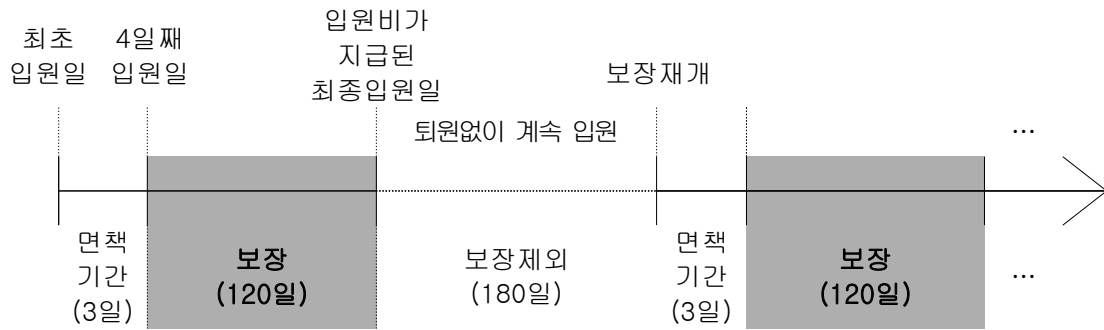
- ② 이 특별약관에 있어서 양, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 양, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 양, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 양, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 양, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 양, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단된 경우에는 이는 양의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(암입원비)

- ① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 입원하여 치료를 받았을 경우에는 3일 초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액에 아래의 지급배수를 곱한 금액을 암입원비로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

구 분	지 급 배 수
양으로 4일 이상 계속 입원시 (기타 피부암, 갑상선암 제외)	()배
제자리암으로 4일 이상 계속 입원시	()배
기타피부암으로 4일 이상 계속 입원시	()배
경계성종양으로 4일 이상 계속 입원시	()배
갑상선암으로 4일 이상 계속 입원시	()배

- ② 제1항의 암입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ③ 피보험자가 양, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 암에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 암입원비를 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암입원비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑦ 회사는 암(기타 피부암, 갑상선암 제외)과 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 경우 제1항의 보험가입금액에 지급배수를 동일하게 책정합니다. 다만, 암(기타 피부암, 갑상선암 제외)과 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양과 보험가입금액에 지급배수를 달리 설정할 경우에는 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대해서는 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간을 적용하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

요양병원 암입원비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양(악성과 양성의 중간 단계의 종양을 의미합니다) 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 요양병원에 입원(요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다)하여 의사의 치료를 받았을 경우 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 암(기타 피부암, 갑상선암 제외)의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날로 하며, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.
 1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
 2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
 3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우
- ③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

제2조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4】 악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 「기타 피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 【별표4】 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병(【별표5】 제자리 신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ④ 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표7】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ⑤ 「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 【별표4】 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때

에는 피보험자가 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표25】 이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암의 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단된 경우에는 이는 암의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

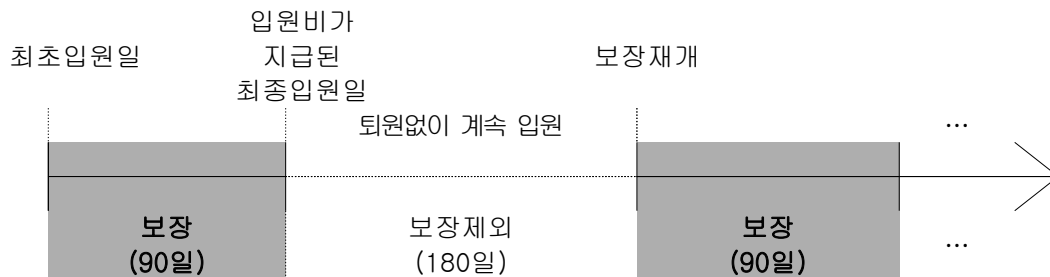
제4조(요양병원 암입원비)

- ① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 입원하여 치료를 받았을 경우에는 입원 1일에 대하여 이 특별약관의 보험가입금액에 아래의 지급배수를 곱한 금액을 요양병원 암입원비로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

구 분	지 급 배 수
암으로 입원시 (기타 피부암, 갑상선암 제외)	()배
제자리암으로 입원시	()배
기타피부암으로 입원시	()배
경계성종양으로 입원시	()배
갑상선암으로 입원시	()배

- ② 제1항의 요양병원 암입원비의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고한도로 합니다.
- ③ 피보험자가 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

- ④ 피보험자가 암에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 요양병원 암입원비를 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 요양병원 암입원비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑦ 회사는 암(기타 피부암, 갑상선암 제외)과 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 경우 제1항의 보험가입금액에 지급배수를 동일하게 책정합니다. 다만, 암(기타 피부암, 갑상선암 제외)과 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양과 보험가입금액에 지급배수를 달리 설정할 경우에는 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대해서는 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간을 적용하지 않습니다.

제5조(준용규정)

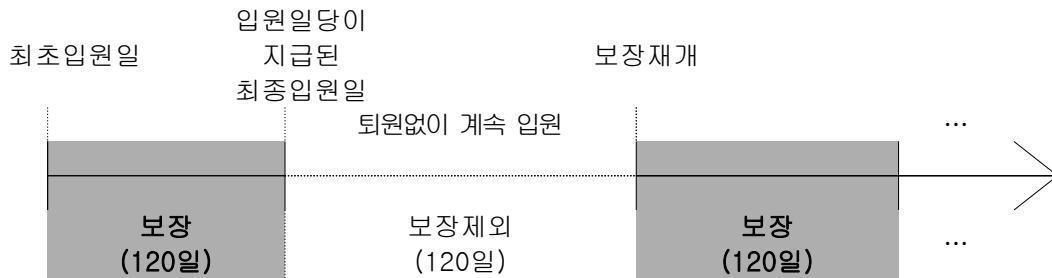
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

누적외상성질환(VDT증후군) 입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 ‘누적외상성질환(VDT증후군)’의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 누적외상성질환(VDT증후군) 입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 누적외상성질환(VDT증후군)의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 누적외상성질환(VDT증후군) 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 누적외상성질환(VDT증후군)에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 120일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 120일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제2조(누적외상성질환(VDT증후군)의 정의)

이 특별약관에 있어서 「누적외상성질환(VDT증후군)」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표33】(누적외상성질환(VDT증후군) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 누적외상성질환(VDT증후군)의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “누적외상성질환(VDT증후군)의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 누적외상성질환(VDT증후군)으로 진단이 된 누적외상성질환(VDT증후군)의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 누적외상성질환(VDT증후군)의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 누적외상성질환(VDT증후군)을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 누적외상성질환(VDT증후군)의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 누적외상성질환(VDT증후군)으로 진단된 경우에는 이는 누적외상성질환(VDT증후군)의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

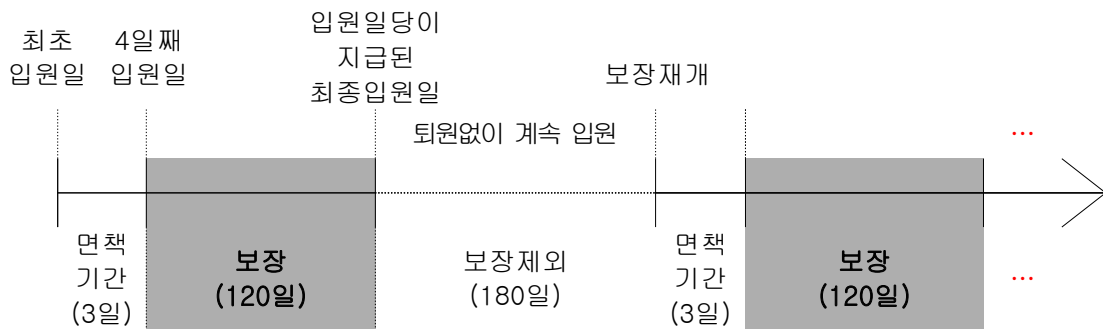
제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

7대질병 입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 「7대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일 이상 계속 입원하였을 경우 4일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 7대질병 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 7대질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑦ 피보험자가 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조(7대질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관의 「7대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 7대질병으

로 분류되는 질병으로, 【별표36】 7대질병 분류표에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성하부호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양을 말합니다.

- ② 「7대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 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 전산화단층술(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(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 「7대질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의

해 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.

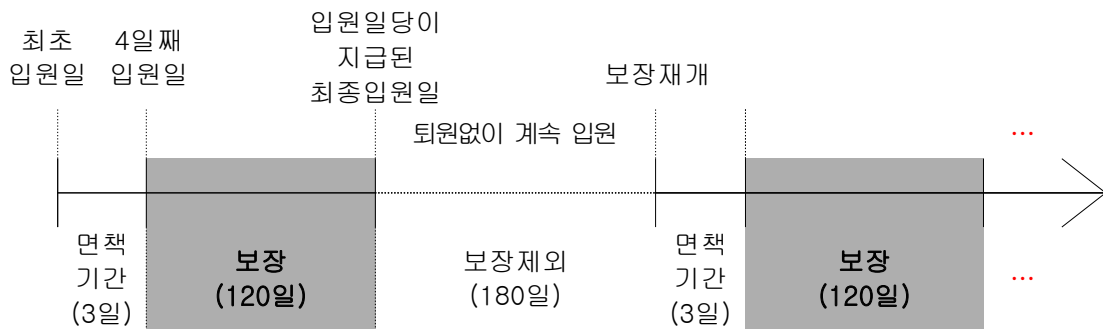
제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2대질병 입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 「2대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일 이상 계속 입원하였을 경우 4일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 2대질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 2대질병 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 2대질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑦ 피보험자가 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 2대질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조(2대질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관의 「2대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌졸

중」 및 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병을 말합니다.

- ② 제1항에서 정한 「뇌졸중」이라 함은 【별표14】 뇌졸중 분류표에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.
- ③ 제1항에서 정한 「급성심근경색증」이라 함은 【별표15】 급성심근경색증 분류표에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.
- ④ 「2대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌졸중의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 급성심근경색증의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 2대질병으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 「2대질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「2대질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 2대질병으로 진단이 된 2대질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 2대질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 2대질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 2대질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 2대질병으로 진단된 경우에는 이는 2대질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 「계속 입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 2대질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제5조(준용규정)

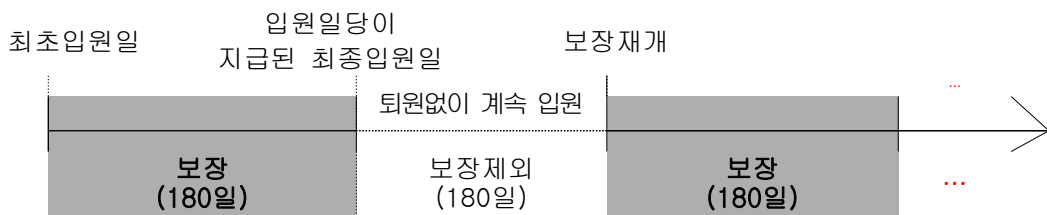
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

공무상 입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 공상 또는 공무상 발생한 질병의 직접결과로써 생활 기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 공무원 재해보상법 제24조(요양기관)에서 정한 요양기관에 입원하였을 경우 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 공무상 입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ③ 제1항의 “공상 또는 공무상 발생한 질병”은 공무원 재해보상법 제22조(요양급여)에서 정한 급여대상에 해당하는 질병 또는 상해가 피보험자에게 발생하고 동법 제25조(요양급여의 산정)에서 정한 급여지급이 결정된 경우를 말하며, 공무원 재해보상법 제6조(공무원재해보상심의회) 제2항에 따라 명백한 공무상 부상으로 동법 제25조(요양급여의 산정)에서 정한 급여 지급을 받는 경우를 포함합니다.
- ④ 피보험자가 동일한 “공상 또는 공무상 발생한 질병”(이와 의학상 중요한 관계가 있다고 회사가 인정한 사고를 포함합니다. 이하 같습니다)의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 공무상입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑦ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



<용어풀이>

- **입원**
이 보험에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- **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.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 국가공무원법 제2조(공무원의 구분) 및 지방공무원법 제2조(공무원의 구분)에서 분류된 공무원을 말합니다.

제3조(준용규정)

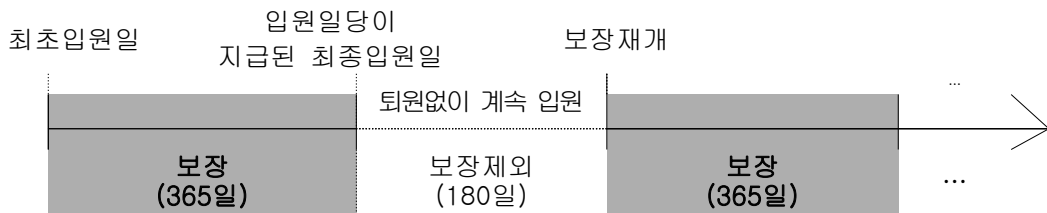
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

공무상 입원일당(1일이상 365일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 공상 또는 공무상 발생한 질병의 직접결과로써 생활 기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 공무원 재해보상법 제24조(요양기관)에서 정한 요양기관에 입원하였을 경우 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 공무상 입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.
- ③ 제1항의 “공상 또는 공무상 발생한 질병”은 공무원 재해보상법 제22조(요양급여)에서 정한 급여대상에 해당하는 질병 또는 상해가 피보험자에게 발생하고 동법 제25조(요양급여의 산정)에서 정한 급여지급이 결정된 경우를 말하며, 공무원 재해보상법 제6조(공무원재해보상심의회) 제2항에 따라 명백한 공무상 부상으로 동법 제25조(요양급여의 산정)에서 정한 급여 지급을 받는 경우를 포함합니다.
- ④ 피보험자가 동일한 “공상 또는 공무상 발생한 질병”(이와 의학상 중요한 관계가 있다고 회사가 인정한 사고를 포함합니다. 이하 같습니다)의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 공무상입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑦ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



<용어풀이>

- **입원**
이 보험에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- **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.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 국가공무원법 제2조(공무원의 구분) 및 지방공무원법 제2조(공무원의 구분)에서 분류된 공무원을 말합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

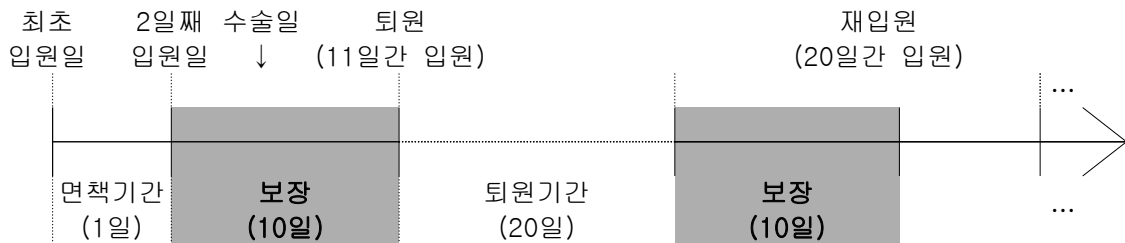
질병 수술동반 입원일당(2일 이상 20일 한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하 「수술동반 입원」이라 합니다) 최초 입원일의 다음날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
 1. 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
 2. 질병의 직접적인 치료를 목적으로 【별표20】(수술분류표)에서 정하는 수술을 받은 경우
 3. 상기 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 20일을 한도로 합니다.
- ③ 제1항의 「수술」은 동일한 질병으로 2종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.
- ④ 수술 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 수술동반 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

<보상 예시>

(i) 동일한 질병으로 11일간 수술입원, 퇴원 후 20일간 재입원시

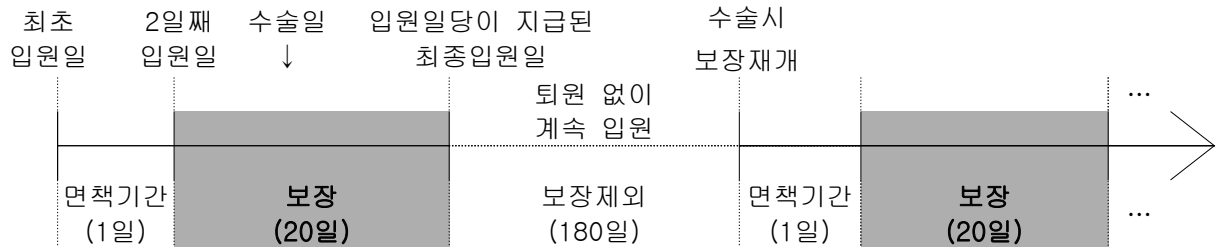


- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술동반 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 최초의 수술동반 입원 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 수술동반 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑧ 제3항 및 제4항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 수술동반 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 수술동반 입원은 새로운 수술동반 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날

을 퇴원일로 봅니다.

<보상 예시>

(ii) 동일한 질병으로 입원기간동안 2회 이상 수술시



⑨ 동일한 질병의 치료를 목적으로 한 수술이 입원기간동안 시행되지 않은 경우라도, 최초 입원일 이전 180일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전에 해당 입원과 동일한 질병의 치료를 목적으로 한 수술을 받은 경우, 제1항 내지 제7항에 따라 입원일당을 지급합니다.

<보상 예시>

(iii) 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준



- (1) 최초 입원일의 180일 이전일 전 수술시 미보장
(단, (1)의 기간에 수술을 받은 후 (2) 또는 (3)의 기간에 수술을 받은 경우에는 보상하여 드립니다.)
- (2) 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 보장
- (3) 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 보장
- (4) 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장
(단, (4)의 기간에 수술을 받기 이전에 (2) 또는 (3)의 기간에 수술을 받은 경우에는 보상하여 드립니다.)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금의 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 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제3조(입원 및 수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「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 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「질병의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.
- ③ 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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

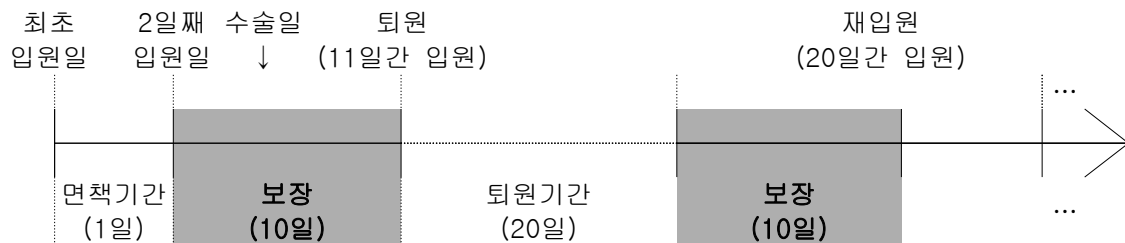
질병 수술동반 입원일당(2일 이상 20일 한도, 출산포함) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하 「수술동반 입원」이라 합니다) 최초 입원일의 다음날부터 입원 1일당이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
 1. 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
 2. 질병의 직접적인 치료를 목적으로 【별표20】(수술분류표)에서 정하는 수술을 받은 경우
 3. 상기 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 20일을 한도로 합니다.
- ③ 제1항의 「수술」은 동일한 질병으로 2종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.
- ④ 수술 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 수술동반 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

<보상 예시>

- (i) 동일한 질병으로 11일간 수술입원, 퇴원 후 20일간 재입원시

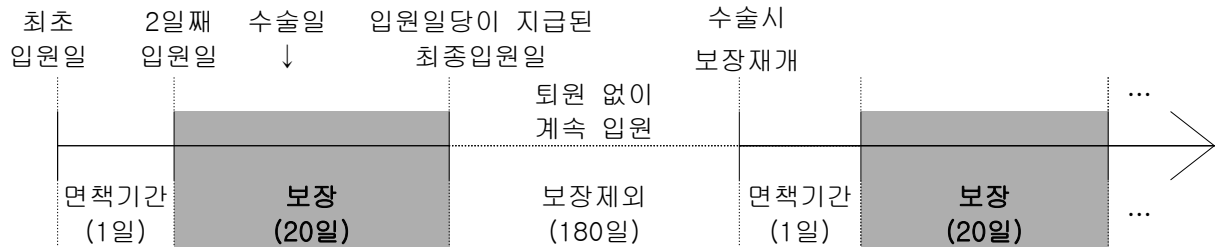


- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술동반 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 최초의 수술동반 입원 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 수술동반 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑧ 제3항 및 제4항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 수술동반 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 수술동반 입원은 새로운 수술동반 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날

을 퇴원일로 봅니다.

<보상 예시>

(ii) 동일한 질병으로 입원기간동안 2회 이상 수술시



⑨ 동일한 질병의 치료를 목적으로 한 수술이 입원기간동안 시행되지 않은 경우라도, 최초 입원일 이전 180일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전에 해당 입원과 동일한 질병의 치료를 목적으로 한 수술을 받은 경우, 제1항 내지 제7항에 따라 입원일당을 지급합니다.

<보상 예시>

(iii) 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준



- (1) 최초 입원일의 180일 이전일 전 수술시 미보장
(단, (1)의 기간에 수술을 받은 후 (2) 또는 (3)의 기간에 수술을 받은 경우에는 보상하여 드립니다.)
- (2) 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 보장
- (3) 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 보장
- (4) 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장
(단, (4)의 기간에 수술을 받기 이전에 (2) 또는 (3)의 기간에 수술을 받은 경우에는 보상하여 드립니다.)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금의 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 보

험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
5. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
8. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술
9. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
10. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
11. 정산분만, 치과질환
12. 불임에 따른 검사 및 시술
13. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
14. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제3조(입원 및 수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「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 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원(조산원(다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원은 제외합니다)은 병원으로 봅니다), 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「질병의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.
- ③ 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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

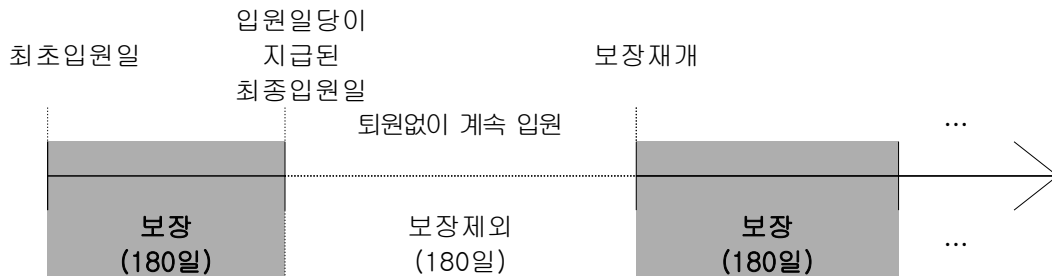
질병 중환자실 입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「중환자실」에 입원(이하 ‘입원’이라 합니다.)하였을 경우 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실」이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.
- ② 질병 중환자실 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 중환자실 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일(퇴원이라 함은 일반병실로 옮긴 경우도 포함합니다. 이하 같습니다)부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병 중환자실 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 중환자실 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 질병 중환자실 입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 중환자실 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 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(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 「중환자실」에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

[의료법 시행규칙 별표4] 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 「신생아중환자실」이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 「병상 1개당 면적」은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아 중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

질병 중환자실 4일이상 입원만의 추가특별약관

제1조(적용 특칙)

이 추가특별약관에 가입된 피보험자는 질병 중환자실 입원일당 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 “최초 입원일로부터”를 “4일째 입원일로부터”로 적용합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병 중환자실 입원일당 특별약관 및 보통약관을 따릅니다.

간병인사용 질병입원일당(요양병원 제외, 1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원일당(요양병원 제외)으로 지급합니다.

지급기준	지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	보험가입금액의 100%

- ※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
- ※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

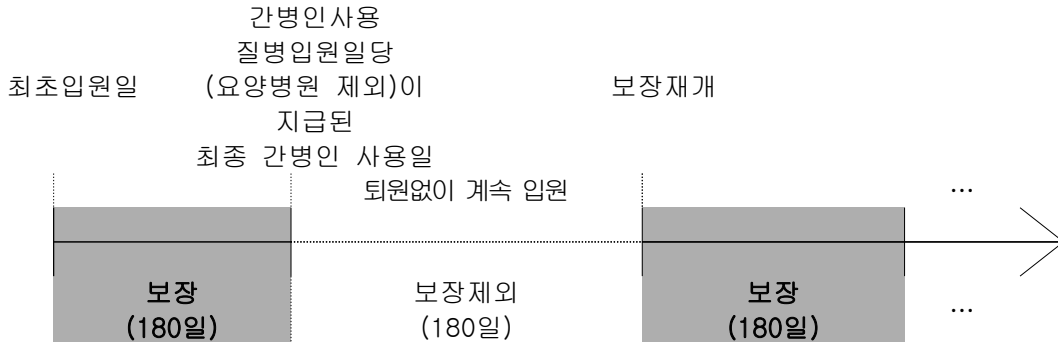
예시
<ul style="list-style-type: none"> · 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원 · 입원기간 및 간병인 사용일 예시 <ul style="list-style-type: none"> - 입원기간 : 2022년 4월 1일 ~ 2022년 4월 30일 - 간병인 사용일 및 사용금액 <ul style="list-style-type: none"> 2022년 4월 10일 ~ 4월 17일 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당 → 2만원 × 8일 = 16만원 지급 2022년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당 → 1만원 × 8일 = 8만원 지급 · 간병인사용질병입원일당(1일이상)(요양병원 제외) 지급금액 : 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

- ② 제1항의 간병인사용 질병입원일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원일당(요양병원 제외)이 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용 질병입원일당(요양병원 제외)이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당(요양병원 제외)이 지급된 최종 간병인 사용

일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ② 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 질병입원일당(요양병원 제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - 2. 성병
 - 3. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
 - 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공하는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원일당(요양병원 제외)

은 지급하지 않습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 함은 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금 영수증이어야 합니다)다만, 해당서류의 제출이 불가능할 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있음

니다.

나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

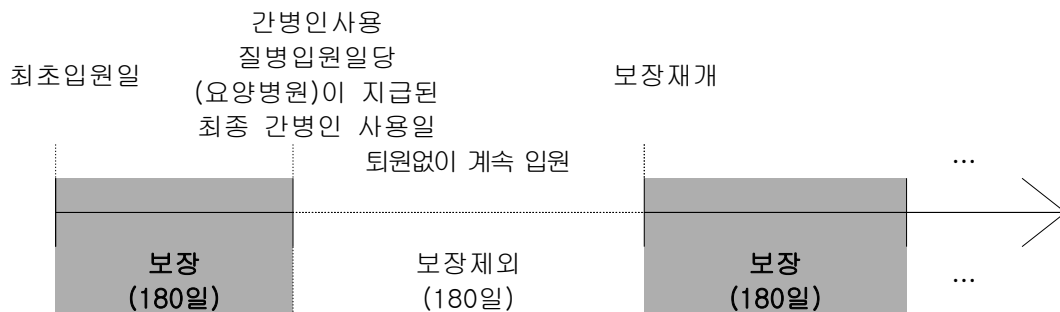
간병인사용 질병입원일당(요양병원, 1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용 질병입원일당(요양병원)으로 지급합니다.
- ② 제1항의 간병인사용 질병입원일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간병인사용 질병입원일당(요양병원)은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원일당(요양병원)이 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용 질병입원일당(요양병원)이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당(요양병원)이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ② 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 질병입원일당(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 성병
 3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원일당(요양병원)은 지급하지 않습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 함은 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금 영수증이어야 합니다)

다만, 해당서류의 제출이 불가능할 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

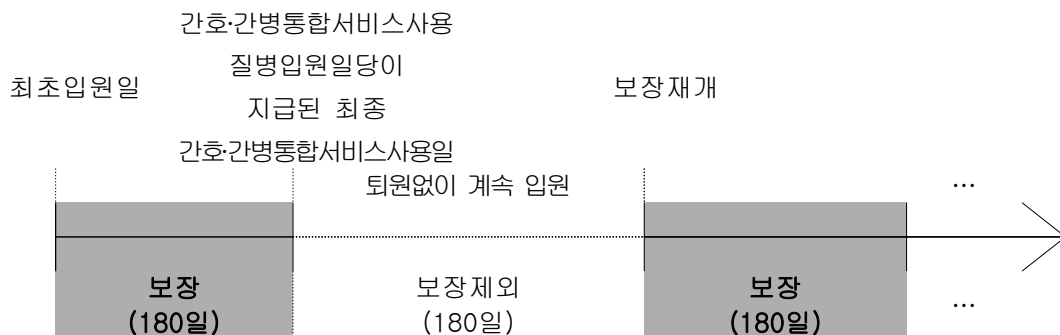
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당은 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당이 지급된 최종 입원의 최종 간호·간병통합서비스사용일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당이 지급된 최종 간호·간병통합서비스사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당이 지급된 최종 간호·간병통합서비스사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ② 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - 2. 성병
 - 3. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
 - 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - 4. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 "의료기관"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 "간호·간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및

처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료강호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중통원일당(1일이상 30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고 그 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 보험가입금액을 뇌졸중통원일당(1일이상 30일한도)으로 지급합니다. 다만, 뇌졸중통원일당(1일이상 30일한도)의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며 연간 30일을 한도로 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「뇌졸중」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「뇌졸중」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중」의 직접 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「뇌졸중」으로 진단된 경우에 이는 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.
- 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.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병(【별표14】 뇌졸중 분류표 참조)에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.
- ② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

-
1. 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「뇌졸중」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중종합병원통원일당(1일이상 30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고 그 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 보험가입금액을 뇌졸중종합병원통원일당(1일이상 30일한도)으로 지급합니다. 다만, 뇌졸중종합병원통원일당(1일이상 30일한도)의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며 연간 30일을 한도로 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「뇌졸중종합병원통원일당」의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「뇌졸중」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「뇌졸중」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중」의 직접 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「뇌졸중」으로 진단된 경우에 이는 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.
- ③ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 경우에는 종합병원 적용일로부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 「뇌졸중종합병원통원일당」을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(종합병원의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 「뇌졸중종합병원통원일당」을 지급합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병(【별표14】 뇌졸중 분류표 참조)에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.
- ② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여

내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「뇌졸중」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 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.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중상급종합병원통원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고 그 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 보험가입금액을 뇌졸중상급종합병원통원일당(1일이상 30일한도)으로 지급합니다. 다만, 뇌졸중상급종합병원통원일당(1일이상 30일한도)의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며 연간 30일을 한도로 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「뇌졸중상급종합병원통원일당」의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「뇌졸중」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「뇌졸중」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중」의 직접 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「뇌졸중」으로 진단된 경우에 이는 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.
- ③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 「뇌졸중상급종합병원통원일당」을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 「뇌졸중상급종합병원통원일당」을 지급합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병(【별표14】 뇌졸중 분류표 참조)에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

- ② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「뇌졸중」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

-
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증통원일당(1일이상 30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되고 그 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 보험가입금액을 급성심근경색증통원일당(1일이상 30일한도)으로 지급합니다. 다만, 급성심근경색증통원일당(1일이상 30일한도)의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며 연간 30일을 한도로 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「급성심근경색증」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「급성심근경색증」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「급성심근경색증」으로 진단된 경우에 이는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.
- 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.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병(【별표15】 급성심근경색증 분류표 참조)에서 정한 급성 심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.
- ② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있

-
- 는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「뇌졸중」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증종합병원통원일당(1일이상 30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되고 그 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 보험가입금액을 급성심근경색증종합병원통원일당(1일이상 30일한도)으로 지급합니다. 다만, 급성심근경색증종합병원통원일당(1일이상 30일한도)의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며 연간 30일을 한도로 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「급성심근경색증종합병원통원일당」의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「급성심근경색증」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「급성심근경색증」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「급성심근경색증」으로 진단된 경우에 이는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.
- ③ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 경우에는 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 「급성심근경색증종합병원통원일당」을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(종합병원의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 「급성심근경색증종합병원통원일당」을 지급합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병(【별표15】 급성심근경색증 분류표 참조)에서 정한 급성 심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.
- ② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원

또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「뇌졸중」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 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.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증상급종합병원통원일당(1일이상 30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되고 그 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 보험가입금액을 급성심근경색증상급종합병원통원일당(1일이상 30일한도)으로 지급합니다. 다만, 급성심근경색증상급종합병원통원일당(1일이상 30일한도)의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며 연간 30일을 한도로 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「급성심근경색증상급종합병원통원일당」의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「급성심근경색증」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「급성심근경색증」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「급성심근경색증」으로 진단된 경우에 이는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.
- ③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 「급성심근경색증상급종합병원통원일당」을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 「급성심근경색증상급종합병원통원일당」을 지급합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병(【별표15】 급성심근경색증 분류표 참조)에서 정한 급성 심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말

합니다.

- ② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 1. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「뇌졸중」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 - 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

-
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암직접치료통원일당(1일이상 30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 암직접치료통원일당(1일이상 30일한도)으로 지급합니다. 다만, 암직접치료통원일당(1일이상 30일한도)의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며, 연간 30일을 한도로 지급합니다.
- ② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 암(기타 피부암 및 갑상선암 제외)의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날로 하며, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.
 1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
 2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
 3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우
- ③ 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.
- ④ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암 등의 질병」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암 등의 질병」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「암 등의 질병」으로 진단된 경우에 이는 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.
- 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.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병
-

사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4】악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5】제자리 신생물분류표 참조)을 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4】악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표7】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4】악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다.
- ⑥ 이 특별약관에 있어 「암 등의 질병」이라 함은 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.
- ⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 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. 또한, 회사가 「암 등의 질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나, 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑧ 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.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(「암 등의 질병의 직접적인 치료」의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「암 등의 질병의 직접적인 치료」라 함은 「암 등의 질병」을 제거

하거나 「암 등의 질병」의 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 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

- ② 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 - 1. 식이요법, 명상요법 등 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 - 2. 면역력 강화 치료
 - 3. 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암 등의 질병의 직접적인 치료」로 봅니다.
 - 1. 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 - 2. 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 - 3. 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 - 4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

- 3. "말기환자(末期患者)"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환에 대하여 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
 - 가. 암

제5조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「암 등의 질병」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

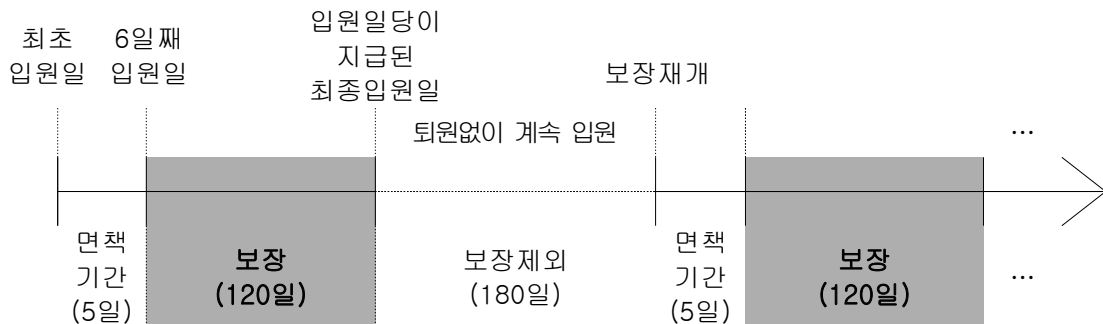
제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유산 입원일당(6일 이상 120일 한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 제4호에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 「유산」으로 진단 확정되고 그 유산의 치료를 직접적인 목적으로 6일 이상 계속 입원하였을 경우 6일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 유산 입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 「유산」의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 유산 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 동일한 「유산」에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑦ 피보험자가 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「유산」의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조(유산의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「유산」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「유산」으로 분류되는 질병으로 【별표77】(유산 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「유산」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는

국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사는 「유산」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 ‘태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물들을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술(인공임신중절수술)’은 보장에서 제외합니다. 다만, 「모자보건법」 제14조(인공임신중절수술의 허용한계) 및 동법 시행령 제15조(인공임신중절수술의 허용한계)에 해당하는 경우에는 보장합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 「유산」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「유산의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「유산」으로 진단이 된 유산의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 유산의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 유산을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 유산의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 유산으로 진단된 경우에는 이는 유산의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 「계속 입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 유산으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

5. 실손의료비 담보

실손의료보험 특별약관

실손의료보험은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 상품입니다.

□ 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비)

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목)

- ① 회사가 판매하는 기본형 실손의료보험은 다음과 같이 상해급여형, 질병급여형의 2개 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.

제2조(용어정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 <붙임1>과 같습니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

제3조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보장종목	보상하는 사항
------	---------

보장종목	보상하는 사항															
(1)상해급여	<p>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(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.</p> <table border="1" data-bbox="411 745 1361 1993"> <thead> <tr> <th data-bbox="411 745 547 790">구분</th> <th colspan="2" data-bbox="547 745 1361 790">보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="411 790 547 1041">입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td> <td colspan="2" data-bbox="547 790 1361 1041">「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부분인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액</td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1041 547 1993">통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)</td> <td colspan="2" data-bbox="547 1041 1361 1993"> <p>통원 1회당(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 일부분인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액</p> <p style="text-align: center;"><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="568 1395 1350 1982"> <thead> <tr> <th data-bbox="568 1395 1225 1440">항 목</th> <th data-bbox="1225 1395 1350 1440">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="568 1440 1225 1787">「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서 의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td> <td data-bbox="1225 1440 1350 1787">1만원과 보장대상 의료비의 20%중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td data-bbox="568 1787 1225 1982">「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한</td> <td data-bbox="1225 1787 1350 1982">2만원과 보장대상 의료비의 20%중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>	구분	보상금액		입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부분인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액		통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1회당(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 일부분인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액</p> <p style="text-align: center;"><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="568 1395 1350 1982"> <thead> <tr> <th data-bbox="568 1395 1225 1440">항 목</th> <th data-bbox="1225 1395 1350 1440">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="568 1440 1225 1787">「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서 의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td> <td data-bbox="1225 1440 1350 1787">1만원과 보장대상 의료비의 20%중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td data-bbox="568 1787 1225 1982">「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한</td> <td data-bbox="1225 1787 1350 1982">2만원과 보장대상 의료비의 20%중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>		항 목	공제금액	「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서 의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20%중 큰 금액	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한	2만원과 보장대상 의료비의 20%중 큰 금액
구분	보상금액															
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부분인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액															
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1회당(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 일부분인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액</p> <p style="text-align: center;"><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="568 1395 1350 1982"> <thead> <tr> <th data-bbox="568 1395 1225 1440">항 목</th> <th data-bbox="1225 1395 1350 1440">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="568 1440 1225 1787">「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서 의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td> <td data-bbox="1225 1440 1350 1787">1만원과 보장대상 의료비의 20%중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td data-bbox="568 1787 1225 1982">「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한</td> <td data-bbox="1225 1787 1350 1982">2만원과 보장대상 의료비의 20%중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>		항 목	공제금액	「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서 의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20%중 큰 금액	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한	2만원과 보장대상 의료비의 20%중 큰 금액								
항 목	공제금액															
「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서 의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20%중 큰 금액															
「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한	2만원과 보장대상 의료비의 20%중 큰 금액															

보장종목	보상하는 사항					
(1)상해급여	구분	보상금액				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="566 380 1220 425">항 목</th> <th data-bbox="1220 380 1348 425">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="566 425 1220 504">약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수 의약품센터에서의 처방·조제</td> <td data-bbox="1220 425 1348 504"></td> </tr> </tbody> </table>	항 목	공제금액	약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수 의약품센터에서의 처방·조제	
	항 목	공제금액				
	약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수 의약품센터에서의 처방·조제					
	<p>② 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.</p> <p>③ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.</p> <p>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 제1항 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면 받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(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 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.</p> <p>⑤ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.</p> <p style="text-align: center;"><입원 및 통원 보상기간 예시></p>					

보장종목	보상하는 사항												
(1)상해급여	<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"> : : : 보상대상기간 (1년) : : : </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> : : : 보상대상기간 (1년) : : : </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> : : : 보상대상기간 (1년) : : : </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> 추가보상 (180일) : : : </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">↑ 계약일 (2022. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 계약해당일 (2023. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 계약해당일 (2024. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 계약종료일 (2024. 12. 31.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">↑ 보상종료일 (2025. 6. 29.)</td> </tr> </table> </div> <p>⑥ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항과 제5항을 적용하지 않습니다.</p> <p>⑦ 하나의 상해(같은 상해로 2회 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 1회로 보아 제1항, 제5항 및 제6항을 적용합니다.</p> <p>⑧ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제5항 및 제6항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.</p> <p>⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사 장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.</p>	: : : 보상대상기간 (1년) : : :	: : : 보상대상기간 (1년) : : :	: : : 보상대상기간 (1년) : : :	추가보상 (180일) : : :	↑ 계약일 (2022. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2023. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2024. 1. 1.)	↑ 계약종료일 (2024. 12. 31.)				↑ 보상종료일 (2025. 6. 29.)
: : : 보상대상기간 (1년) : : :	: : : 보상대상기간 (1년) : : :	: : : 보상대상기간 (1년) : : :	추가보상 (180일) : : :										
↑ 계약일 (2022. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2023. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2024. 1. 1.)	↑ 계약종료일 (2024. 12. 31.)										
			↑ 보상종료일 (2025. 6. 29.)										
(2)질병급여	<p>① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(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.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">구분</th> <th style="width: 80%;">보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>입원 (입원실료,</td> <td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으</td> </tr> </tbody> </table>	구분	보상금액	입원 (입원실료,	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으								
구분	보상금액												
입원 (입원실료,	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으												

보장종목	보상하는 사항							
(2)질병급여	구분	보상금액						
	입원제비용 (입원수술비)	로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액						
	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1회당(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 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액</p> <p style="text-align: center;"><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="558 884 1340 1523"> <thead> <tr> <th data-bbox="558 884 1220 929">항 목</th> <th data-bbox="1220 884 1340 929">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="558 929 1220 1276">「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조 의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서 의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td> <td data-bbox="1220 929 1340 1276">1만원과 보장대상 의료비의 20%중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td data-bbox="558 1276 1220 1523">「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td> <td data-bbox="1220 1276 1340 1523">2만원과 보장대상 의료비의 20%중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>	항 목	공제금액	「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조 의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서 의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20%중 큰 금액	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원과 보장대상 의료비의 20%중 큰 금액
	항 목	공제금액						
「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조 의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서 의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20%중 큰 금액							
「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원과 보장대상 의료비의 20%중 큰 금액							
<p>② 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.</p> <p>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 제1항 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면</p>								

보장종목	보상하는 사항										
(2)질병급여	<p>받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(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 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.</p> <p>④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.</p> <p style="text-align: center;"><입원 및 통원 보상기간 예시></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">↑ 계약일 (2022. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 계약해당일 (2023. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 계약해당일 (2024. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 계약종료일 (2024. 12. 31.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 보상종료일 (2025. 6. 29.)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">추가보상 (180일)</td> </tr> </table> <p>⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다.</p> <p>⑥ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자 기준 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.</p> <p>⑦ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 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.</p>	↑ 계약일 (2022. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2023. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2024. 1. 1.)	↑ 계약종료일 (2024. 12. 31.)	↑ 보상종료일 (2025. 6. 29.)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
↑ 계약일 (2022. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2023. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2024. 1. 1.)	↑ 계약종료일 (2024. 12. 31.)	↑ 보상종료일 (2025. 6. 29.)							
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)								

보장종목	보상하는 사항
(2)질병급여	<p>⑧ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.</p> <p>⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사 장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.</p>

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1)상해급여	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
(1)상해급여	<p>목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제1항, 제2항 및 제4항부터 제8항에 따라 보상합니다. 4. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관련료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비
(2)질병급여	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적

보장종목	보상하지 않는 사항
(2)질병급여	<p>으로 입원하여 발생한 입원의료비</p> <p>5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비</p> <p>② 회사는 ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신 및 행동장애(F04~F99). 다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 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) <p>③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병급여 제1항, 제3항부터 제8항에 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 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비

제4조의2(추가특별약관에서 보상하는 사항)

- ① 제3조 및 제4조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 기본형 실손의료보험에서 보상하지 않습니다.
1. 비급여의료비

2. 제1호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비

- ② 제1항 제1호 및 제2호에서 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.

제5조(보험가입금액 한도 등)

- ① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서, (2)질병급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다.
- ② 이 계약에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 보험연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 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 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상합니다.
- ④ 제3조(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 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 제1항의 한도내에서 보상합니다.
- ⑤ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해급여 또는 (2)질병급여 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액의 한도 내에서 보상합니다.
- ⑥ 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제4항 또는 제5항 및 (2)질병급여 제3항 또는 제4항에 따른 계속 중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보험가입금액에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다.

제5조의2(보험가입금액 한도 등에 대한 설명 의무)

- ① 회사는 제18조(약관교부 및 설명의무 등)에 따라 계약자가 청약할 때에 약관의 중요한 내용을 설명할 경우, 제5조(보험가입금액 한도 등)의 내용도 함께 설명하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 보험가입금액 한도 등을 설명할 때에, 회사는 계약자에게 제5조(보험가입금액 한도 등) 제3항의 '본인부담금 상한제' 및 '본인부담금 보상제'에 대한 사항을 구체적으로 설명하여 드립니다.

※ 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제 : 요양급여비용 중 본인이 부담한 비

용의 연간 총액이 일정 상한액(국민건강보험 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준에 따라 국민건강보험법 등 관련 법령에서 정한 금액(81만원~584만원))을 초과하는 경우 그 초과액을 국민건강보험공단이 부담하는 제도

※ 「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 : 수급권자의 급여대상 본인부담금이 매 30일간 다음 금액을 초과하는 경우, 초과금액의 50%에 해당하는 금액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도

1. 1종 수급권자 : 2만원
2. 2종 수급권자 : 20만원

※ 「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. 1종 수급권자 : 매 30일간 5만원
2. 2종 수급권자 : 연간 80만원(다만, 의료법 제3조 제2항 제3호 라목에 따른 요양 병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.)

다만, 관련 법령 등이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다. (상기 예시금액은 2021.5월 기준)

제4관 보험금의 지급

제6조(보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(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 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 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 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【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.

- ④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <붙임2>에서 정한 비율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 및 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보장종목별 보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정

하며, 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

제9조(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 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율】

현재 시점의 정기예금이율은 보험개발원 홈페이지(www.kidi.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

제10조(주소변경의 통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대

한 기록이 남는 방법을 통하여 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 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 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 연대하여 계약자의 책임을 집니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 함께 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조(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」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제13조(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. 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】

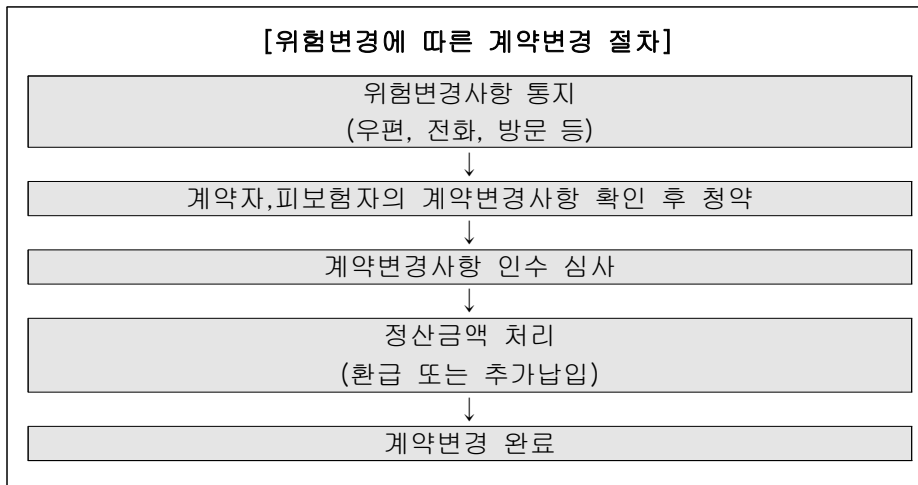
- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함

예) 학생, 미취학아동, 무직 등

[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 3. 보험증권에 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 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제20조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 납입보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 해약환급금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 납입보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 ‘변경전 요율’이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 ‘변경후 요율’이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고

이에 따라 보험금을 지급합니다.

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
 - 2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제13조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 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 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
 - 3. 계약체결일부터 3년이 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 제1항에 따라 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 회사는 제31조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 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 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다” 라는 문구와 함께 서면 등으로 알려드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 회사는 제31조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회

사는 제13조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제15조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제6관 보험계약의 성립과 유지

제16조(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.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 추가하는 방법

- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은

청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.

- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 ‘보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율’에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 ‘청약일로부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 특별약관 제25조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 이 특별약관 제26조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(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

【일반금융소비자】 전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

- 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 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.

다.

- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력이 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조(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.

【통신판매계약】
전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- 1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【약관의 중요한 내용】
보험업법 시행령 제42조의2(설명 의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 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

- 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 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ③ 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

- 1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약

할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(자필서명에는 도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)

- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 다음의 어느 하나에 해당할 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 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 계약의 경우

【법정상속인】

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

- ⑤ 제3항에 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.

제19조(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 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제20조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙 사실을 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 제1회 보험료를 납입한 날부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험종목을 변경하여 드립니다.
- ③ 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분

은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제31조(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.

【설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 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 제4항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 제1항에 따라 계약자가 변경된 경우 회사는 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다. 다만, 해당년도에 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2014년 4월 13일
⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

【설명】

청약서 및 보험증권 등 보험계약을 증명하기 위한 문서에서 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증, 운전면허증, 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경 시 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 보험료의 차액을 정산합니다.

제22조(계약의 소멸)

피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7관 보험료의 납입

제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

【보장개시일】

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제12조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제14조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생 시까지 피보험자가 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제24조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회부터의 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.

【납입기일】

계약자가 제2회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제25조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

- ① 계약자가 제2회 부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

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 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.
 - ③ 회사는 제2항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
 - ④ 제1항에 따라 계약이 해지되고 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제31조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제26조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

- ① 제25조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 제31조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 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 ‘보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율’에 1%를 더한 이율의 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제12조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제27조[강제집행 등의 절차에 따라 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]

- ① 타인을 위한 계약의 경우 제31조(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 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에

따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

- ② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제8관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제28조(계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제31조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 보험금 지급사유 발생으로 회사가 보험금을 지급한 때에도 보험가입금액이 감액되지 않은 경우에는 계약자는 그 보험금 지급사유 발생 후에도 계약을 해지할 수 있습니다.

제28조의2(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제31조(보험료의 환급) 제1항 제1호에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제29조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 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 지급 사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제31조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제30조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월을 경과하면 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 제31조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제31조(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(1년미만의 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 1년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험연도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험연도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.
- ③ 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.

제9관 다수보험의 처리 등

제32조(다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 제2항에서 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.

각 계약별 비례분담액 = (각 계약의 보장대상의료비 중 최고액-각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액) × $\frac{\text{각 계약별 보장책임액}}{\text{각 계약별 보장책임액을 합한 금액}}$
--

제33조(연대책임)

- ① 2009년 10월 1일 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 제1항에 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.

제10관 분쟁의 조정 등

제34조(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」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제35조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원이 하는 것으로 합니

다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제36조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효(소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.)가 완성됩니다.

제37조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안 된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

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.

제38조(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」 제2조 제2호에 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 보험안내자료(계약의 청약에 권유하기 위하여 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제39조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험 설계사 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 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 불공정한 합의】

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

- ④ 회사가 제18조(약관교부 및 설명의무 등) 제6항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ⑤ 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 계약의 최초계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제40조(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 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.

제41조(준거법)

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

제42조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

예금자보호제도는 예금보험공사가 평소에 금융기관으로 부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약은 제외)
예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1인당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.(이하 같습니다.)

<붙임1> 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
보험연도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매1년 단위의 연도. 예를 들어 보험계약일이 2021년7월1일인 경우 보험연도는 2021년 7월1일부터 2022년6월30일까지 1년이 됩니다.
회사	보험회사
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날은 제외
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.
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 면허를 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 면허를 가진 사람
의료기관	다음 각호의 의료기관 1. 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원(조산원 제외) 2. 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소 및 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소
약국	「약사법」 제2조 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외하며 「국민건강보험법」 제42조제1항제3호에 의한 한국 회귀·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 6시간 이상 체류하면서 의사의 관찰 및 관리 하에 치료를 받는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음

용 어	정 의
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 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, 재료대, 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」 제42조 제1항 제3호에 따른 한국회귀·필수의약품센터에서의 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 등
처방조제비	의료기관 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(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」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 의료급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법시행령」 별표3에서 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	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법시행

용 어	정 의
다른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	령」 제13조(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* * 제3관 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 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보장책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함

<붙임2> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

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

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.
2. 계약자 등에게 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

□ 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)

제1조(보장종목)

- ① 회사가 판매하는 실손의료보험 추가특별약관(이하 ‘추가특별약관’이라 합니다)은 상해비급여형, 질병비급여형, 3대비급여형의 3개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
상해비급여	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 ^{주)} 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3대 비급여 제외)
질병비급여	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3대 비급여 제외)
3대비급여	피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 3대비급여 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 추가특별약관의 명칭에 ‘비급여 실손의료비’라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

- ① 이 추가특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

3대비급여 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
	체외충격파 치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개

3대비급여 치료	용 어	정 의
		선 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 항원총제’* * 「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.
자기공명 영상진단	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	
보장대상 의료비	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 추가료 부담하는 입원실 이용 비용	

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 보통약관 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하는 사항																				
(1) 상해 비급여	<p>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(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.</p> <table border="1" data-bbox="411 748 1345 1704"> <thead> <tr> <th data-bbox="411 748 635 808">구분</th> <th colspan="2" data-bbox="635 748 1345 808">보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="411 808 635 931">입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td> <td colspan="2" data-bbox="635 808 1345 931">‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액</td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 931 635 1048">상급병실료 차액</td> <td colspan="2" data-bbox="635 931 1345 1048">비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1048 635 1704" rowspan="3">통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)</td> <td colspan="2" data-bbox="635 1048 1345 1256">통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(상급병실료 차액은 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="635 1256 1345 1317" style="text-align: center;"><표1> 통원항목별 공제금액</td> </tr> <tr> <td data-bbox="635 1317 1161 1704"> <table border="1" data-bbox="655 1317 1324 1704"> <thead> <tr> <th data-bbox="655 1317 1161 1361">항 목</th> <th data-bbox="1161 1317 1324 1361">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="655 1361 1161 1704">「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)</td> <td data-bbox="1161 1361 1324 1704" style="text-align: center;">3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table> </td> <td data-bbox="1161 1317 1324 1704"></td> </tr> </tbody> </table> <p>② 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.</p> <p>③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인</p>	구분	보상금액		입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액		상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.		통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(상급병실료 차액은 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)		<표1> 통원항목별 공제금액		<table border="1" data-bbox="655 1317 1324 1704"> <thead> <tr> <th data-bbox="655 1317 1161 1361">항 목</th> <th data-bbox="1161 1317 1324 1361">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="655 1361 1161 1704">「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)</td> <td data-bbox="1161 1361 1324 1704" style="text-align: center;">3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>	항 목	공제금액	「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)	3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액	
구분	보상금액																				
입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액																				
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.																				
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(상급병실료 차액은 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)																				
	<표1> 통원항목별 공제금액																				
	<table border="1" data-bbox="655 1317 1324 1704"> <thead> <tr> <th data-bbox="655 1317 1161 1361">항 목</th> <th data-bbox="1161 1317 1324 1361">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="655 1361 1161 1704">「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)</td> <td data-bbox="1161 1361 1324 1704" style="text-align: center;">3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>	항 목	공제금액	「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)	3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액																
항 목	공제금액																				
「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)	3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액																				

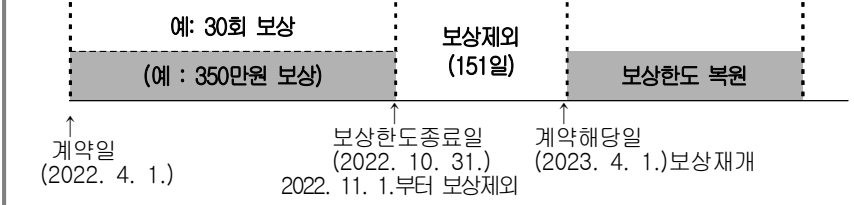
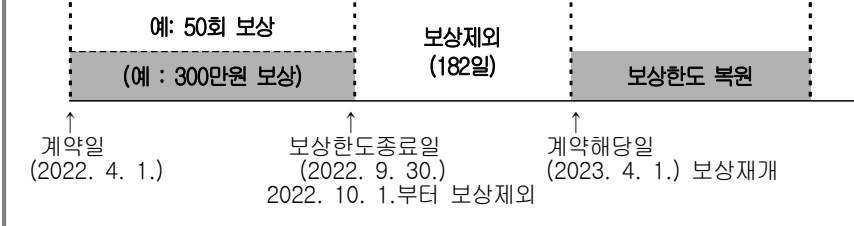
보장종목	보상하는 사항															
(1) 상해 비급여	<p>입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.</p> <p>④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.</p> <p style="text-align: center;"><입원 및 통원 보상기간 예시></p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">계약일 (2022. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">계약해당일 (2023. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">계약해당일 (2024. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">계약종료일 (2024. 12. 31.)</td> <td style="text-align: center;">보상종료일 (2025. 6. 29.)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">추가보상 (180일)</td> </tr> </table> <p>⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다.</p> <p>⑥ 하나의 상해(같은 상해로 2회 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 1회로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.</p> <p>⑦ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방·조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.</p> <p>⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 제1항 <표1>의 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면 받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조 	↑	↑	↑	↑	↑	계약일 (2022. 1. 1.)	계약해당일 (2023. 1. 1.)	계약해당일 (2024. 1. 1.)	계약종료일 (2024. 12. 31.)	보상종료일 (2025. 6. 29.)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
↑	↑	↑	↑	↑												
계약일 (2022. 1. 1.)	계약해당일 (2023. 1. 1.)	계약해당일 (2024. 1. 1.)	계약종료일 (2024. 12. 31.)	보상종료일 (2025. 6. 29.)												
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)													

보장종목	보상하는 사항																
(1) 상해 비급여	<p>(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 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.</p>																
(2) 질병 비급여	<p>① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(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.</p> <table border="1" data-bbox="408 1310 1342 1966"> <thead> <tr> <th data-bbox="408 1310 635 1368">구분</th> <th colspan="2" data-bbox="635 1310 1342 1368">보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="408 1368 635 1489">입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td> <td colspan="2" data-bbox="635 1368 1342 1489">‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액</td> </tr> <tr> <td data-bbox="408 1489 635 1610">상급병실료 차액</td> <td colspan="2" data-bbox="635 1489 1342 1610">비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="408 1610 635 1966">통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)</td> <td colspan="2" data-bbox="635 1610 1342 1966"> <p>통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)</p> <p style="text-align: center;"><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="652 1877 1324 1966"> <thead> <tr> <th data-bbox="652 1877 1158 1921">항 목</th> <th data-bbox="1158 1877 1324 1921">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="652 1921 1158 1966">「국민건강보험법」 제42조 제1항 제1</td> <td data-bbox="1158 1921 1324 1966">3만원과</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>	구분	보상금액		입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액		상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.		통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)</p> <p style="text-align: center;"><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="652 1877 1324 1966"> <thead> <tr> <th data-bbox="652 1877 1158 1921">항 목</th> <th data-bbox="1158 1877 1324 1921">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="652 1921 1158 1966">「국민건강보험법」 제42조 제1항 제1</td> <td data-bbox="1158 1921 1324 1966">3만원과</td> </tr> </tbody> </table>		항 목	공제금액	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제1	3만원과
구분	보상금액																
입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액																
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.																
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)</p> <p style="text-align: center;"><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="652 1877 1324 1966"> <thead> <tr> <th data-bbox="652 1877 1158 1921">항 목</th> <th data-bbox="1158 1877 1324 1921">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="652 1921 1158 1966">「국민건강보험법」 제42조 제1항 제1</td> <td data-bbox="1158 1921 1324 1966">3만원과</td> </tr> </tbody> </table>		항 목	공제금액	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제1	3만원과											
항 목	공제금액																
「국민건강보험법」 제42조 제1항 제1	3만원과																

보장종목	보상하는 사항													
(2) 질병 비급여	구분	보상금액												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="639 443 1157 492">항 목</th> <th data-bbox="1157 443 1348 492">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="639 492 1157 788">호에 의한 의료기관, 동법 제42조 제1항 제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)</td> <td data-bbox="1157 492 1348 788">보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>	항 목	공제금액	호에 의한 의료기관, 동법 제42조 제1항 제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)	보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액								
항 목	공제금액													
호에 의한 의료기관, 동법 제42조 제1항 제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)	보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액													
	<p>② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.</p> <p>③ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.</p> <p style="text-align: center;"><입원 및 통원 보상기간 예시></p> <table border="1" style="margin: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</th> <th style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</th> <th style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</th> <th style="text-align: center;">추가보상 (180일)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">↑ 계약일 (2022. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 계약해당일 (2023. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 계약해당일 (2024. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 계약종료일 (2024. 12. 31.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">↑ 보상종료일 (2025. 6. 29.)</td> </tr> </tbody> </table> <p>④ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제2항과 제3항을 적용하지 않습니다.</p> <p>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 1회로 보아 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다.</p> <p>⑥ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.</p>		보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑ 계약일 (2022. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2023. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2024. 1. 1.)	↑ 계약종료일 (2024. 12. 31.)				↑ 보상종료일 (2025. 6. 29.)
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)											
↑ 계약일 (2022. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2023. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2024. 1. 1.)	↑ 계약종료일 (2024. 12. 31.)											
			↑ 보상종료일 (2025. 6. 29.)											

보장종목	보상하는 사항
(2) 질병 비급여	<p>다.</p> <p>⑦ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다.</p> <p>⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 제1항 <표1>의 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면 받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(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 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. <p>⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.</p>
(3) 3대 비급여	<p>① 회사는 이 추가특별약관의 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, 감</p>

보장종목	보상하는 사항			
(3) 3대 비급여	<p>면받은 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.</p> <p style="text-align: center;"><표1> 공제금액 및 보장한도</p>			
	<p>구 분</p> <p>도수치료· 체외충격 파치료· 증식치료</p>	<p>“도수치료·체외충격 파치료·증식치료”로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비 (행위료, 약제비, 치료재료대 포함)</p>	<p>공제금액</p> <p>1회당 3만원과 보장대상의료 비의 30%중 큰 금액</p>	<p>보장한도</p> <p>계약일 또는 매년 계약해당일 부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350만원 이내에서 50회까지 보상^{주)}</p>
	<p>주사료</p>	<p>주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비</p>	<p>1회당 3만원과 보장대상의료 비의 30%중 큰 금액</p>	<p>계약일 또는 매년 계약해당일 부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250만원 이내에서 50회까지 보상</p>
	<p>자기공명 영상진단</p>	<p>자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영 제, 판독료 포함)</p>	<p>1회당 3만원과 보장대상의료 비의 30%중 큰 금액</p>	<p>계약일 또는 매년 계약해당일 부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 300만원 이내에서 보상</p>
<p>주) 도수치료·체외충격파치료·증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 최초 10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 확인된 경우에 한하여 10회 단위로 연간 50회까지 보상합니다.</p>				
<p style="text-align: center;">< 증상의 개선, 병변호전 등은 어떻게 확인하나요? ></p> <ol style="list-style-type: none"> 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 제1호의 판단결과를 합의하지 못한 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있으며 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다. 				

보장종목	보상하는 사항
	<p style="text-align: center;"><도수치료 보상기간 예시></p> <p>(i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 350만원을 모두 보상한 경우</p>  <p>(ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 지급된 보험금이 350만원 미만이나 50회를 모두 보상한 경우</p>  <p>② 제1항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여에서 보상합니다.</p> <p>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.</p> <p>④ 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2종류(회) 이상 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받은 경우는 다음과 같이 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 이 추가특별약관에서 정한 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료 중 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1회로 보고 각각 제1항에서 정한 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다. 2. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 제1항에서 정한 공제금액 및 보상한도를 적용합니다. 3. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 추가특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이

보장종목	보상하는 사항																				
(3) 3대 비급여	<p>상 이 추가특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.</p> <p>⑤ 제4항에서 1회 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 1회 입원으로 봅니다.</p> <p>⑥ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.</p> <p>⑦ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 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 제1항을 적용합니다.</p> <p style="text-align: center;"><보상기간 예시></p> <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">계약일 (2022. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">계약해당일 (2023. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">계약해당일 (2024. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">계약종료일 (2024. 12. 31.)</td> <td style="text-align: center;">보상종료일 (2025. 6. 29.)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">⋮</td> <td style="text-align: center;">⋮</td> <td style="text-align: center;">⋮</td> <td style="text-align: center;">⋮</td> <td style="text-align: center;">⋮</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="text-align: center;">추가보상 (180일)</td> <td></td> </tr> </table> <p>⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 제1항 <표 1>의 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제5조(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 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료 	↑	↑	↑	↑	↑	계약일 (2022. 1. 1.)	계약해당일 (2023. 1. 1.)	계약해당일 (2024. 1. 1.)	계약종료일 (2024. 12. 31.)	보상종료일 (2025. 6. 29.)	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
↑	↑	↑	↑	↑																	
계약일 (2022. 1. 1.)	계약해당일 (2023. 1. 1.)	계약해당일 (2024. 1. 1.)	계약종료일 (2024. 12. 31.)	보상종료일 (2025. 6. 29.)																	
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮																	
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)																		

보장종목	보상하는 사항
	<p>비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(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 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>⑨ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사 장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.</p>

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 비급여	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 비급여	<p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>③ 회사는 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 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. <ol style="list-style-type: none"> 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(TV시청료, 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, 본인 부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
	<p>7. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>8. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p>
(2) 질병 비급여	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 이유 없이 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 <p>② 회사는 ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) <p>③ 회사는 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 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. <ol style="list-style-type: none"> 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 적용기준

보장종목	보상하지 않는 사항
(2) 질병 비급여	<p>대로 비급여 약제로 사용된 경우</p> <p>다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우</p> <p>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)</p> <p>3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용</p> <p>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.</p> <p>5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다.</p> <p>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)</p> <p>8. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p>
(3) 3대 비급여	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다.</p> <p>2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다.</p> <p>3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우</p> <p>4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우</p> <p>5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비</p> <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
(3) 3대 비급여	<p>중, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩</p> <p>2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)</p> <p>3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안</p> <p>③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 제3조(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) <p>④ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(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. <ol style="list-style-type: none"> 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 영양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 영양급여 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

보장종목	보상하지 않는 사항
	<p>Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>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 제3조(보장종목별 보상내용) (3)3대비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다.</p> <p>7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)</p> <p>8. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p>
(4) 공통 ^{주)}	<p>회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 아래 각호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비</p> <p>가. 단순한 피로 또는 권태</p> <p>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</p> <p>다. 발기부전(impotence)·불감증,</p> <p>라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다),</p> <p>마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis),</p> <p>바. 경열반 등 안과질환,</p> <p>사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료</p> <p>2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환축 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
	<p>넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 치과교정</p> <p>라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(안면)교정술</p> <p>마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술</p> <p>바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료</p> <p>아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료</p> <p>3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비</p> <p>가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다)</p> <p>나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)</p> <p>다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료</p> <p>4. 다음 각 목의 진료로서 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 아니하는 경우 발생한 비급여 의료비</p> <p>가. 친자확인을 위한 진단</p> <p>나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술</p> <p>다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)</p> <p>라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신 상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)</p> <p>마. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료</p>

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 내에

서 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(보장종목별 보상내용) (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(횡수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횡수를 차감한 잔여 횡수를 한도로 적용합니다.

제6조(비급여 진료비용 공개제도 등의 안내)

회사는 계약자가 추가특별약관을 청약하였을 때 계약자의 알권리를 증진하고 합리적인 의료이용 선택에 도움이 될 수 있도록 「의료법」 등 관계 법령에 따른 ‘비급여 진료비용 공개제도’와 ‘비급여 진료 사전설명제도’에 대해 설명하고 안내합니다.

- ※ 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 사전설명제도 : 진료에 필요한 비급여 항목 및 가격을 환자가 사전에 인지하고 선택할 수 있도록 의료기관이 비급여 진료 전에 비급여 제공항목과 가격을 미리 설명하도록 의무화하는 제도

제7조(추가특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 추가특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료보험을 따릅니다.

질병급여의료비 출산확장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제4조(보상하지 않는 사항)의 (2)질병급여 제2항 제3호에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제8차 한국표준질병·사인분류상의 O00-O99)로 입원 또는 통원하여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

이 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업 해당하는 산후조리원에서 발생한 비용은 보상하지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 사항)

회사는 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제4조(보상하지 않는 사항)의 (2)질병급여에서 정한 사항(제2항 제3호는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 불임에 따른 검사 및 시술
2. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
3. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제3조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 질병급여의료비의 보상한도는 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병급여 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 실손의료보험 특별약관을 따릅니다.

질병비급여의료비 출산확장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)의 제4조(보상하지 않는 사항)의 (2) 질병비급여 제2항 제3호에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제8차 한국표준질병·사인분류상의 O00-O99)로 입원 또는 통원하여 치료를 받은 경우에는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)의 제3조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병비급여의료비에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

이 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업 해당하는 산후조리원에서 발생한 비용은 보상하지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 사항)

회사는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)의 제4조(보상하지 않는 사항)의 (2) 질병비급여에서 정한 사항(제2항 제3호는 제외합니다), (4)공통에서 정한 사항 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 불임에 따른 검사 및 시술
2. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
3. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제3조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 질병비급여의료비의 보상한도는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병비급여 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 실손의료보험 특별약관 및 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)을 따릅니다.

입원의료비 한방(상해, 질병비급여) 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해비급여 제3항 제1호 또는 (2)질병비급여 제3항 제1호에도 불구하고 피보험자가 한방병원 또는 한방의원에 입원하여 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비를 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해비급여(제3항 제1호의 한방 치료는 제외합니다), (2)질병비급여(제3항 제1호의 한방 치료는 제외합니다), (4)공통에서 정한 사항 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법 등) 및 차멸미, 비만, 금연 등 질병치료 이외의 목적으로 시술한 침술
2. 치료 목적이 아닌 단순한 건강검진을 위한 투약 및 침약

제3조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 상해비급여의료비 또는 질병비급여의료비의 보상한도는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 실손의료보험 특별약관 및 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)을 따릅니다.

입원의료비 한방(3대비급여) 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제4조(보상하지 않는 사항)의 (3)3 대비급여 제4항 제1호에도 불구하고 피보험자가 한방병원 또는 한방의원에 입원하여 한방 치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비를 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용)의 (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제4조(보상하지 않는 사항)의 (3)3 대비급여(제4항 제1호의 한방 치료는 제외합니다), (4)공통에서 정한 사항 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법 등) 및 차멀미, 비만, 금연 등 질병치료 이외의 목적으로 시술한 침술
2. 치료 목적이 아닌 단순한 건강검진을 위한 투약 및 처약

제3조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 3대비급여 의료비의 보상한도는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용)의 (3)3대비급여 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 실손의료보험 특별약관 및 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)을 따릅니다.

입원의료비 초과(상해, 질병비급여) 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해비급여 제3항 제1호 또는 (2)질병비급여 제3항 제1호에도 불구하고 피보험자가 치과병원 또는 치과의원에 입원하여 치과치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비를 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해비급여(제3항 제1호의 초과치료는 제외합니다), (2)질병비급여(제3항 제1호의 초과치료는 제외합니다), (4)공통에서 정한 사항 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비

제3조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 상해비급여의료비 또는 질병비급여의료비의 보상한도는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 보험가입금액을 한도로 보상하여 합니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 실손의료보험 특별약관 및 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)을 따릅니다.

입원의료비 초과(3대비급여) 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제4조(보상하지 않는 사항)의 (3)3 대비급여 제4항 제1호에도 불구하고 피보험자가 치과병원 또는 치과의원에 입원하여 치과 치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비를 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용)의 (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 따라 보상하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제4조(보상하지 않는 사항)의 (3)3 대비급여(제4항 제1호의 초과치료는 제외합니다), (4)공통에서 정한 사항 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비

제3조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 3대비급여 의료비의 보상한도는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용)의 (3)3대비급여 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 실손의료보험 특별약관 및 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)을 따릅니다.

질병확장보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 추가특별약관에 가입한 경우 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 질병의 경우에도 실손의료비 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병급여 또는 실손의료비 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병비급여, (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 실손의료보험 특별약관 및 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)을 따릅니다.

상해확장보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 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 실손의료비 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해급여 또는 실손의료비 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여, (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고는 보상하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 익일이내에 이 계약의 실손의료비 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 실손의료보험 특별약관 및 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)을 따릅니다.

국민건강보험 비가입자 추가특별약관

제1조(적용대상)

이 추가특별약관의 피보험자는 국민건강보험법의 적용을 받지 않는 자로 합니다.

제2조(계약 후 알릴 의무)

- ① 보험기간 중에 피보험자가 국민건강보험법에 정한 자격을 취득하였을 때 계약자는 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
- ② 피보험자가 국민건강보험법에 정한 자격을 취득한 경우 그 사실이 발생한 날로부터 이 추가특별약관은 해지되며 회사는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 정해진 보험료를 환급하여 드립니다.

제3조(보장종목별 보상내용)

실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해급여 제3항 제1호 및 (2)질병급여 제2항 제1호에도 불구하고 국민건강보험 가입자와 동일한 기준으로 보상하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 실손의료비 특별약관 및 보통약관을 따릅니다.

실손의료비(상해급여) 운동 및 기타위험 확장보상(전문등반 등)(1) 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제4조(보상하지 않는 사항) (1)상해급여 제2항 제1호에도 불구하고 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여에서 정한 보험금을 지급합니다.

1. 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩을 하는 동안에 상해를 입고, 이로 인해 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여에서 정한 바에 따라 치료를 받은 경우

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 실손의료보험 특별약관을 따릅니다.

실손의료비(상해비급여) 운동 및 기타위험 확장보상(전문등반 등)(1) 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제4조(보상하지 않는 사항) (1)상해비급여 제2항 제1호에도 불구하고 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여에서 정한 보험금을 지급합니다.

1. 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩을 하는 동안에 상해를 입고, 이로 인해 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여에서 정한 바에 따라 치료를 받은 경우

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 실손의료보험 특별약관 및 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)을 따릅니다.

실손의료비(3대비급여) 운동 및 기타위험 확장보상(전문등반 등)(1) 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제4조(보상하지 않는 사항) (3)3대비급여 제2항 제1호에도 불구하고 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (3)3대비급여에서 정한 보험금을 지급합니다.

1. 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩을 하는 동안에 상해를 입고, 이로 인해 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 치료를 받은 경우

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 실손의료보험 특별약관 및 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)을 따릅니다.

실손의료비(상해급여) 운동 및 기타위험 확장보상(자동차경기 등)(II) 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제4조(보상하지 않는 사항) (1)상해급여 제2항 제2호에도 불구하고 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여에서 정한 보험금을 지급합니다.

1. 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다)을 하는 동안에 상해를 입고, 이로 인해 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여에서 정한 바에 따라 치료를 받은 경우

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 실손의료보험 특별약관을 따릅니다.

실손의료비(상해비급여) 운동 및 기타위험 확장보상(자동차경기 등)(II) 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제4조(보상하지 않는 사항) (1)상해비급여 제2항 제2호에도 불구하고 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여에서 정한 보험금을 지급합니다.

1. 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)을 하는 동안에 상해를 입고, 이로 인해 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여에서 정한 바에 따라 치료를 받은 경우

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 실손의료보험 특별약관 및 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)을 따릅니다.

실손의료비(3대비급여) 운동 및 기타위험 확장보상(자동차경기 등)(II) 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제4조(보상하지 않는 사항) (3)3대비급여 제2항 제2호에도 불구하고 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (3)3대비급여에서 정한 보험금을 지급합니다.

1. 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다)을 하는 동안에 상해를 입고, 이로 인해 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 치료를 받은 경우

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 실손의료보험 특별약관 및 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)을 따릅니다.

**실손의료비(상해급여) 운동 및 기타위험 확장보상(직무상 선박
탑승중)(Ⅲ) 추가특별약관**

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제4조(보상하지 않는 사항) (1)상해급여 제2항 제3호에도 불구하고 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여에서 정한 보험금을 지급합니다.

1. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 상해를 입고, 이로 인해 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여에서 정한 바에 따라 치료를 받은 경우

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 실손의료보험 특별약관을 따릅니다.

실손의료비(상해비급여) 운동 및 기타위험 확장보상(직무상 선박 탑승중)(Ⅲ) 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제4조(보상하지 않는 사항) (1)상해 비급여 제2항 제3호에도 불구하고 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여에서 정한 보험금을 지급합니다.

1. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 상해를 입고, 이로 인해 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여에서 정한 바에 따라 치료를 받은 경우

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 실손의료보험 특별약관 및 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)을 따릅니다.

실손의료비(3대비급여) 운동 및 기타위험 확장보상(직무상 선박 탑승중)(Ⅲ) 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제4조(보상하지 않는 사항) (3)3대비급여 제2항 제3호에도 불구하고 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (3)3대비급여에서 정한 보험금을 지급합니다.

1. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 상해를 입고, 이로 인해 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 치료를 받은 경우

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 실손의료보험 특별약관 및 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)을 따릅니다.

상해급여 실손의료비 통원 부보장 추가특별약관

제1조(추가특별약관의 적용)

이 추가특별약관은 아래의 열거한 특별약관(이하 「상해급여 특별약관」이라 합니다)에 대하여 적용합니다.

1. 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비)
2. 상해확장보장 추가특별약관
3. 실손의료비(상해급여) 운동 및 기타위험 확장보상(전문등반 등)(I) 추가특별약관
4. 실손의료비(상해급여) 운동 및 기타위험 확장보상(자동차경기 등)(II) 추가특별약관
5. 실손의료비(상해급여) 운동 및 기타위험 확장보상(직무상 선박 탑승중)(III) 추가특별약관

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 「상해급여 특별약관」의 보험금 지급사유에도 불구하고 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 이 추가특별약관에 따라 「상해급여 특별약관」에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험가입금액 한도 등)

- ① 이 계약의 연간 보험가입금액은 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여에 대하여 입원의 보상금액을 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 급여의료비(상해로 인하여 의료기관에 통원하여 치료를 받은 경우를 제외합니다)를 이 금액 한도 내에서 보상합니다.
- ② 이 계약에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 치료시 해당일이 속한 보험연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 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 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용), 제4조(보상하지 않는 사항) 및 본 추가특별약관의 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 따라 보상합니다.
- ④ 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(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 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 제1항의 한도내에서 보상합니다.
- ⑤ 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제4항에 따른 계속 중인 입원의 보상한도는 연간 보험가입금액에서 직전 보험기간

종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 「상해급여 특별약관」에서 정한 바에 따릅니다.

질병급여 실손의료비 통원 부보장 추가특별약관

제1조(추가특별약관의 적용)

이 추가특별약관은 아래의 열거한 특별약관(이하 「질병급여 특별약관」이라 합니다)에 대하여 적용합니다.

1. 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비)
2. 질병급여의료비 출산확장 추가특별약관
3. 질병확장보장 추가특별약관

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 「질병급여 특별약관」의 보험금 지급사유에도 불구하고 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 이 추가특별약관에 따라 「질병급여 특별약관」에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험가입금액 한도 등)

- ① 이 계약의 연간 보험가입금액은 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병급여에 대하여 입원의 보상금액을 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 급여의료비(질병으로 인하여 의료기관에 통원하여 치료를 받은 경우를 제외합니다)를 이 금액 한도 내에서 보상합니다.
- ② 이 계약에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 치료시 해당일이 속한 보험연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 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 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용), 제4조(보상하지 않는 사항) 및 본 추가특별약관의 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 따라 보상합니다.
- ④ 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(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 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 제1항의 한도내에서 보상합니다.
- ⑤ 실손의료보험 특별약관의 기본형 실손의료보험 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병급여 제3항에 따른 계속 중인 입원의 보상한도는 연간 보험가입금액에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 「질병급여 특별약관」에서 정한 바에 따릅니다.

상해비급여 실손의료비 통원 부보장 추가특별약관

제1조(추가특별약관의 적용)

이 추가특별약관은 아래의 열거한 특별약관(이하 「상해비급여 특별약관」이라 합니다)에 대하여 적용합니다.

1. 실손의료보험 특별약관의 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)
2. 상해확장보장 추가특별약관
3. 실손의료비(상해비급여) 운동 및 기타위험 확장보상(전문등반 등)(Ⅰ) 추가특별약관
4. 실손의료비(상해비급여) 운동 및 기타위험 확장보상(자동차경기 등)(Ⅱ) 추가특별약관
5. 실손의료비(상해비급여) 운동 및 기타위험 확장보상(직무상 선박 탑승중)(Ⅲ) 추가특별약관

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 상해비급여 특별약관의 보험금 지급사유에도 불구하고 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 이 추가특별약관에 따라 「상해비급여 특별약관」에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 상해 치료목적으로 의료기관에 통원하여 3대비급여 치료를 받은 경우, 3대비급여 치료에 대하여서는 「상해비급여 특별약관」에 정한 바에 따라 보상합니다.

제3조(보험가입금액 한도 등)

- ① 이 계약의 연간 보험가입금액은 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여에 대하여 입원의 보상금액을 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 비급여의료비(상해로 인하여 의료기관에 통원하여 치료를 받은 경우를 제외합니다)를 이 금액 한도 내에서 보상합니다. 다만, 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) (3)3대비급여의 보험가입금액은 같은 약관 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 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 제3항에 따른 계속중인 입원의 보상한도는 연간 보상한도(보험가입금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횡수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횡수를 차감한 잔여 횡수를 한도로 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 「상해비급여 특별약관」에서 정한 바에 따릅니다.

질병비급여 실손의료비 통원 부보장 추가특별약관

제1조(추가특별약관의 적용)

이 추가특별약관은 아래의 열거한 특별약관(이하 「질병비급여 특별약관」이라 합니다)에 대하여 적용합니다.

1. 실손의료보험 특별약관의 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비)
2. 질병비급여의료비 출산확장 추가특별약관
3. 질병확장보장 추가특별약관

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 질병비급여 특별약관의 보험금 지급사유에도 불구하고 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 이 추가특별약관에 따라 「질병비급여 특별약관」에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 질병 치료를 목적으로 의료기관에 통원하여 3대비급여 치료를 받은 경우, 3대비급여 치료에 대하여는 「질병비급여 특별약관」에 정한 바에 따라 보상합니다.

제3조(보험가입금액 한도 등)

- ① 이 계약의 연간 보험가입금액은 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여에 대하여 입원의 보상금액을 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 비급여의료비(질병으로 인하여 의료기관에 통원하여 치료를 받은 경우를 제외합니다)를 이 금액 한도 내에서 보상합니다. 다만, 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) (3)3대비급여의 보험가입금액은 같은 약관 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 실손의료보험 추가특별약관(비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 제2항에 따른 계속중인 입원의 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.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 「질병비급여 특별약관」에서 정한 바에 따릅니다.

6. 질병위험 및 수술비 담보

질병사망 및 질병80%이상고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금
2. 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장애분류표(【별표1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(보험증권에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제2조(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 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제37조(보험 등의 불이익 금지)】

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장애지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(【별표1】 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ④ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

-
- ⑥ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
 - ⑦ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급 받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
 - ⑧ 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 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
 - ⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「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) 제1호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제37조(보험 등의 불이익 금지)】

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병80%이상고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장애분류표(【별표1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(보험증권에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장애지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(【별표1】 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 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 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 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 지급 받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 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 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으

로 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.

질병50%이상 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장애분류표(【별표1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장애지급률이 50% 이상에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(보험증권에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장애지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(【별표1】 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 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 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 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 지급 받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 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 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니

다.

- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병50%이상 80%미만 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장애분류표(【별표1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장애지급률이 50%이상 80%미만에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 후유장애보험금(보험증권에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장애지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(【별표1】 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 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 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 후유장애보험금을 지급 받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 후유장애보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장애보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 후유장애보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장애보험금에서 이를 차감하여 지급합니

다.

- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병80%미만 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장애분류표(【별표1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장애지급률이 80% 미만인 장애상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장애분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장애지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(【별표1】 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 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 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 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 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 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 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.

암사망 및 암80%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 약정한 보험금을 지급합니다.
 1. 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일 이후에 암으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금
 2. 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일 이후에 진단확정된 암으로 인하여 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에 따른 후유장해의 지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(보험증권에 기재된 이 특약의 보험가입금액)
- ② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그 날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.
 1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
 2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
 3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우
- ③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

제2조(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 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제37조(보험 등의 불이익 금지)】

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
 - ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
 - ④ 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 대
-

하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑥ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급 받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 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 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4】 악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 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.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표25】 이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(암사망보험금)

- ① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 사망하거나 장해상태가 된 경우에

는 이 특별약관의 보험가입금액을 암사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다.

- ② 피보험자가 암에 대한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 암으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 암사망보험금을 지급합니다. 다만, 암에 대한 보장개시일 전일 이전에 암으로 진단확정된 경우에는 제외합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암진단 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암(기타 피부암, 갑상선암 제외)으로 진단확정된 경우 또는 피보험자가 보험기간 중 기타 피부암, 제자리암, 경계성종양(악성과 양성의 중간 단계의 종양을 의미합니다) 또는 갑상선암으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액에 아래의 지급배수를 곱한 금액을 각각 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

구 분	지 급 배 수
암 진단확정시 (기타 피부암, 갑상선암 제외)	() 배
갑상선암 진단확정시	() 배
기타 피부암 진단확정시	() 배
제자리암 진단확정시	() 배
경계성종양 진단확정시	() 배

- ② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 암(기타 피부암, 갑상선암 제외)의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날로 하며, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.
1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
 2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
 3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우
- ③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 암(기타 피부암, 갑상선암 제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 전 항의 기준에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제4항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4】 악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

-
- ② 「기타 피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 【별표4】 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
 - ③ 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병(【별표5】 제자리 신생물분류표 참조)을 말합니다.
 - ④ 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표7】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.
 - ⑤ 「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 【별표4】 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
 - ⑥ 암, 제자리암 또는 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표25】 이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정암진단 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중 특정암에 대한 보장개시일 이후에 특정암으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 특정암에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그 날을 포함하여 ()일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.
 1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
 2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
 3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우
- ③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 특정암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 전 항의 기준에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제4항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(특정암의 정의 및 진단확정)

- ① 「특정암」이라 함은 해당 피보험자가 남자인 경우에는 「3대암」을, 여자인 경우에는 「여성특정암」을 말합니다(이하 「3대암」 및 「여성특정암」을 「특정암」이라 합니다)
 1. 「3대암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「3대암」으로 분류되는 질병(【별표12】 3대암 분류표 참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.
 2. 「여성특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「여성특정암」으로 분류되는 질병(【별표13】 (여성특정암 분류표)참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.
- ② 특정암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 특정암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표25】 이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

여성3대암 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 여성3대암에 대한 보장개시일 이후에 여성3대암으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험증권에 기재된 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 여성3대암에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날부터 적용합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.
 1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
 2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
 3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우
- ③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 여성3대암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 전 항의 기준에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제4항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(여성3대암의 정의 및 진단확정)

- ① 「여성3대암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 위암, 유방암, 자궁암으로 분류되는 질병(【별표16】 여성3대암분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (pre-malignant condition or condition with malignant potential)와 【별표4】 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병으로 그 증상이 미미한 기저세포 신생물 및 편평상피신생물(basal cell carcinoma or squamous cell carcinoma)은 위의 분류에서 제외합니다.
- ② 여성3대암 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 여성3대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표25】 이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

남성3대암 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 남성3대암에 대한 보장개시일 이후에 남성3대암으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험증권에 기재된 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 남성3대암에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날부터 적용합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.
 1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
 2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
 3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우
- ③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 남성3대암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 전 항의 기준에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제4항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(남성3대암의 정의 및 진단확정)

- ① 「남성3대암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표17】 남성3대암분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (pre-malignant condition or condition with malignant potential)와 【별표4】 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병으로 그 증상이 미미한 기저세포 신생물 및 편평상피신생물(basal cell carcinoma or squamous cell carcinoma)은 위의 분류에서 제외합니다.
- ② 남성3대암 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 남성3대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표25】 이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

소아3대암진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중 소아3대암에 대한 보장개시일 이후에 소아3대암으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 보험수익자에게 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 소아3대암에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그 날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.
 1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
 2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
 3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우
- ③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 소아3대암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 전 항의 기준에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제4항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(소아3대암의 정의 및 진단확정)

- ① 「소아3대암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 백혈병, 뇌암, 임파선암으로 분류되는 질병(【별표11】 소아3대암분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태) (pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 소아3대암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 소아3대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표25】 이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

과로사 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 과중한 업무부담의 지속으로 인하여 업무를 하던 중(이하 “업무중”이라 합니다) 【별표2】에서 정하는 뇌혈관질환 내지 심질환의 급격한 발현 또는 악화로 돌연히 사망(이하 “돌연한 사망”이라 합니다)하게 된 경우(이하 “과로사”라 합니다) : 사망보험금
- ② 제1항의 말하는 “과중한 업무부담의 지속”이란 다음 각호의 하나 이상의 상태가 사망일 직전에 지속된 것을 말합니다.
1. 직전 3일 이상 연속적으로 일상업무보다 30% 이상 업무량과 시간이 증가
 2. 월 50시간 이상의 잔업
 3. 직전 1개월 내의 소정 휴일의 반 이상의 출근 근무
 4. 직전 1개월 내의 10일 이상의 지방출장 (격지에의 단신부임을 포함합니다)
 5. 직전 1주일 이내의 근무환경의 급격한 변화로 인정되는 전환배치
 6. 직전 24시간 이내의 일반인이 적응하기 어렵다고 여겨지는 근로의 수행
- ③ 제1항의 “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 제1항에서 정한 뇌혈관질환 내지 심질환에 의한 병변의 발증 내지 악화로 의식불명상태가 되고 그것을 직접원인으로 하여 그날부터 4주 이내 사망(뇌사상태를 포함합니다)한 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「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 제1호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제37조(보험 등의 불이익 금지)】

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 아래와 같은 경우에는 보험금을 드

리지 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

제4조(보험금의 청구)

- ① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 구비서류 및 사고증명서(사망진단서, 사체검안서, 부검소견서, 발병진단서 등)를 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.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

과로사관련 특정질병사망 및 80%이상 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중에 과로사관련 특정질병(【별표3】“과로사관련 특정질병분류표” 참조)으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금
2. 보험기간 중에 진단확정된 과로사관련 특정질병(【별표3】“과로사관련 특정질병 분류표” 참조)으로 인하여 장해분류표(【별표1】참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(보험증권에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제2조(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 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제37조(보험 등의 불이익 금지)】

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 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.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑥ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여

지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급 받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 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 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 급성심근경색증으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험증권에 기재된 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 급성심근경색증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 급성심근경색증진단비를 지급합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 (【별표15】 급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, CT, 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그중의 일부로 되어 있어야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

허혈성심질환 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 허혈성심질환으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 허혈성심질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 허혈성심질환 진단비를 지급합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(허혈성심질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「허혈성심질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 (【별표9】 허혈성심질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 허혈성심질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 허혈성심질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈성심질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

심장질환사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 발병된 심장질환으로 인하여 사망하였을 경우 : 사망보험금
- ② 제1항의 심장질환이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 【별표18】(심장질환 분류표)에서 정한 질병으로 이 특별약관에 의해 회사의 보장이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「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 제1호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제37조(보험 등의 불이익 금지)】

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자(이하 “수익자”라 합니다)의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 뇌졸중질환으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험증권에 기재된 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 뇌졸중진단비를 지급합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 (【별표14】 뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, CT, 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그중의 일부로 되어 있어야 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.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌출혈진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 뇌출혈로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 뇌출혈로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 뇌출혈진단비를 지급합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌출혈」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 뇌출혈으로 분류되는 질병(【별표 19】 뇌출혈대상질병 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, CT, 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그중의 일부로 되어 있어야 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

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌혈관질환 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 뇌혈관질환으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 뇌혈관질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 뇌혈관질환 진단비를 지급합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 (【별표8】 뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 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

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항암방사선약물치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제3조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물 치료를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액에 아래의 지급배수를 곱한 금액을 각각 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

구 분	지급배수
암(기타 피부암, 갑상선암 제외)으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 ()% (단, 최초1회에 한하여 지급)
기타피부암, 갑상선암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 ()% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

- ② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 암(기타 피부암, 갑상선암 제외)의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날로 하며, 기타피부암, 갑상선암의 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.
1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
 2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
 3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우
- ③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

제2조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 「기타 피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 【별표4】 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 【별표4】 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표25】 이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제3조(항암방사선·약물치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암」을 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

통풍진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「통풍」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 보장의 보험가입금액을 통풍진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 통풍으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 통풍진단비를 지급합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(통풍의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「통풍」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「통풍」으로 분류되는 질병으로 【별표38】(통풍대상질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「통풍」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 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(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대상포진진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「대상포진」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 보장의 보험가입금액을 대상포진 진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 대상포진으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 대상포진진단비를 지급합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(대상포진의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「대상포진」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「대상포진」으로 분류되는 질병으로 【별표39】(대상포진대상질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「대상포진」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대상포진눈병진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「대상포진눈병」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 보장의 보험가입금액을 대상포진눈병진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 대상포진눈병으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 대상포진눈병진단비를 지급합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(대상포진눈병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「대상포진눈병」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「대상포진눈병」으로 분류되는 질병으로 【별표40】(대상포진눈병대상질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「대상포진눈병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

독감 및 폐렴 사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 약정한 보험금을 지급합니다.
 1. 보험기간 중에 진단확정된 독감 및 폐렴으로 인하여 사망하였을 경우 : 사망보험금
- ② 제1항의 독감 및 폐렴으로 인한 사망은 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항 제2호에 정하는 사망진단서에 기재된 선행사인이 **【별표41】**(독감 및 폐렴 분류표)에서 정한 질병일 경우에 한하여 보상합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 독감 및 폐렴이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 **【별표 41】**(독감 및 폐렴 분류표)에서 정한 질병으로 이 특별약관에 의해 회사의 보장이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「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 제1호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제37조(보험등의 불이익 금지)】

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

결핵진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「결핵」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 결핵진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 결핵으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 결핵진단비를 지급합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(결핵의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「결핵」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「결핵」으로 분류되는 질병으로 【별표42】(결핵 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「결핵」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 회사가 약제감수성검사의 확인이 필요한 경우 결핵균검사 결과지의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비를 지급합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(약제내성결핵(슈퍼결핵포함)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」으로 분류되는 질병으로 【별표43】(약제내성결핵(슈퍼결핵포함) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 회사가 약제감수성검사의 확인이 필요한 경우 결핵균 검사 결과지의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

간경변증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 「간경변증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 보장의 보험가입금액을 간경변증진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 간경변증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 간경변증진단비를 지급합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(간경변증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「간경변증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「간경변증」으로 분류되는 질병으로 【별표44】(간경변증대상질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「간경변증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 간생검을 통한 조직학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사는 「간경변증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다발경화증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「다발경화증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 보장의 보험가입금액을 다발경화증진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 다발경화증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 다발경화증진단비를 지급합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(다발경화증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「다발경화증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「다발경화증」분류되는 질병으로 【별표45】(다발경화증대상질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「다발경화증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과전문의에 의하여 내려져야하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌척수액검사(CSF), 자기공명영상(MRI), 뇌유발전위검사(Brain E-P) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 ‘다발경화증’의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사 결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

온열질환 진단비(1회 한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 온열질환 분류표(【별표 48】(온열질환 분류표) 참조)에 정한 온열질환으로 진단확정을 받은 경우 : 보험가입금액(1회 한도)
2. 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 온열질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1호의 온열질환 진단비를 지급합니다.
3. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2호 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 피보험자에 대하여 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제3조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암 한방치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단확정되거나 또는 피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 제자리암, 경계성종양(악성과 양성의 중간 단계의 종양을 의미합니다) 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 치료를 목적으로 침약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우에는 아래의 금액을 암 한방치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급배수
암	침약처방비	침약 1회당 침약처방 보험가입금액의 ()% (단, 최초의 암(기타피부암, 갑상선암 제외)에 대하여 연간 3회)
	약침치료비	약침 1회당 약침치료 보험가입금액의 ()% (단, 최초의 암(기타피부암, 갑상선암 제외)에 대하여 연간 5회)
	특정한방물리요법 치료비	특정한방물리요법 1회당 특정한방물리요법치료 보험가입금액의 ()% (단, 최초의 암(기타피부암, 갑상선암 제외)에 대하여 연간 5회)
제자리암 기타 피부암 경계성 종양 갑상선암	침약처방비	침약처방 1회당 침약처방 보험가입금액의 ()% (단, 각각 최초의 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암에 대하여 지급사유별로 연간 3회)
	약침치료비	약침치료 1회당 약침치료 보험가입금액의 ()% (단, 각각 최초의 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암에 대하여 지급사유별로 연간 5회)
	특정한방물리요법 치료비	특정한방물리요법 1회당 특정한방물리요법치료 보험가입금액의 ()% (단, 각각 최초의 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암에 대하여 지급사유별로 연간 5회)

- ② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 암(기타 피부암, 갑상선암 제외)의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날로 하며, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.

1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우

- ③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 침약처방비(이하 「침약처방비」라 합니다)는 연간 3회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 침약처방으로 보아 침약처방비를 적용합니다. 단, 하나의 처방에서 21첩 이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩 이상인 경우는 3회로 봅니다. 다만, 침약이 탕약형

태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 당약 1첩에 준하는 분량을 1첩으로 적용합니다.

- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 약침치료비(이하 「약침치료비」라 합니다)는 연간 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 약침치료를 받은 경우에는 1회의 약침치료로 보아 약침치료비를 적용합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 특정한방물리요법치료비(이하 「특정한방물리요법치료비」라 합니다)는 연간 5회를 한도로 하며, 하루에 2종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받거나 동일 종류의 특정한방물리요법치료를 2회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1회 특정한방물리요법치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인 가능한 것이어야 합니다.
- ④ 침약처방비의 경우 피보험자가 보험기간 중 침약처방비 지급사유가 발생하여 한방 침약처방을 받던 중 보험기간이 끝난 후에도 동일한 치료 목적의 침약처방비를 한도 내에서 계속 보장합니다.
- ⑤ 약침치료비의 경우 피보험자가 보험기간 중 약침치료비 지급사유가 발생하여 한방 약침치료를 받던 중 보험기간이 끝난 후에도 동일한 치료 목적의 약침치료비를 한도 내에서 계속 보장합니다.
- ⑥ 특정한방물리요법치료비의 경우 피보험자가 보험기간 중 특정한방물리요법치료비 지급사유가 발생하여 특정한방물리요법치료를 받던 중 보험기간이 끝난 후에도 동일한 치료 목적의 특정한방물리요법치료비를 한도 내에서 계속 보장합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4】 악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 「기타 피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 【별표4】 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병(【별표5】 제자리 신생물분류표 참조)을 말합니다.
- ④ 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표7】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ⑤ 「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 【별표4】 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 암, 제자리암 또는 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사

(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부형자가 암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표25】 이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(첩약, 약침 및 특정한방물리요법의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어 「첩약」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원의 한의사(이하 「한의사」라 합니다)의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 「한약」 또는 「한약재」 및 약사법 제2조에서 정한 「한약」을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어 「약침」이라 함은 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 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 약침술을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어 「특정한방물리요법」이라 함은 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전자자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 별표 1 한약제제급여목록표」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술」에 해당하는 침술로만 치료가 행해진 경우와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.
- ⑥ 제1항, 제2항, 제4항 및 제5항에도 불구하고 법령(「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 및 관련 법령을 말하며, 이하 같습니다)의 개정에 따라 첩약 또는 약침의 범위가 변경된 경우에는 첩약처방 또는 약침치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 관련 법령의 개정으로 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」이 폐지 또는 변경되어 첩약처방 또는 약침치료에 대한 판단이 불가

능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래에 해당하는 사유로 한방치료비 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약 등의 목적으로 치료를 받은 경우
2. 처방처방 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

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중 한방치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단확정 후 그 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 침약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 때 아래와 같이 보험수익자에게 약정한 보험금을 뇌졸중 한방치료비로 지급합니다.

구 분	지 급 배 수
침약처방비	침약 1회당 침약처방 보험가입금액 (단, 최초의 「뇌졸중」에 대하여 연간 3회)
약침치료비	약침 1회당 약침치료 보험가입금액 (단, 최초의 「뇌졸중」에 대하여 연간 5회)
특정한방물리요법 치료비	특정한방물리요법 1회당 특정한방물리요법치료 보험가입금액 (단, 최초의 「뇌졸중」에 대하여 연간 5회)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 침약처방비(이하 「침약처방비」라 합니다)는 연간 3회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 침약처방으로 보아 침약처방비를 적용합니다. 단, 하나의 처방에서 21첩 이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩 이상인 경우는 3회로 봅니다. 다만, 침약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1첩에 준하는 분량을 1첩으로 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 약침치료비(이하 「약침치료비」라 합니다)는 연간 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 약침치료를 받은 경우에는 1회의 약침치료로 보아 약침치료비를 적용합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 특정한방물리요법치료비(이하 「특정한방물리요법치료비」라 합니다)는 연간 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받은 경우에는 1회의 특정한방물리요법치료로 보아 특정한방물리요법치료비를 적용합니다.
- ④ 침약처방비의 경우 피보험자가 보험기간 중 침약처방비 지급사유가 발생하여 한방 침약처방을 받던 중 보험기간이 끝난 후에도 동일한 치료 목적의 침약처방비를 한도 내에서 계속 보장합니다.
- ⑤ 약침치료비의 경우 피보험자가 보험기간 중 약침치료비 지급사유가 발생하여 한방 약침치료를 받던 중 보험기간이 끝난 후에도 동일한 치료 목적의 약침치료비를 한도 내에서 계속 보장합니다.
- ⑥ 특정한방물리요법치료비의 경우 피보험자가 보험기간 중 특정한방물리요법치료비 지급사유가 발생하여 특정한방물리요법치료를 받던 중 보험기간이 끝난 후에도 동일한 치

료 목적의 특정한방물리요법치료비를 한도 내에서 계속 보장합니다.

- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표14】(뇌졸중 분류표)에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내 출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.
- ② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(첩약, 약침 및 특정한방물리요법의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어 「첩약」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원의 한의사(이하 「한의사」라 합니다)의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 「한약」 또는 「한약재」 및 약사법 제2조에서 정한 「한약」을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어 「약침」이라 함은 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 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 약침술을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어 「특정한방물리요법」이라 함은 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 별표 1 한약제제급여목록표」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 질병의 치료 목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

- ⑤ 제2항에도 불구하고 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술」에 해당하는 침술로만 치료가 행해진 경우와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.
- ⑥ 제1항, 제2항, 제4항 및 제5항에도 불구하고 법령(「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 및 관련 법령을 말하며, 이하 같습니다)의 개정에 따라 협약 또는 약침의 범위가 변경된 경우에는 협약처방 또는 약침치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 관련 법령의 개정으로 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」이 폐지 또는 변경되어 협약처방 또는 약침치료에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래에 해당하는 사유로 한방치료비 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약 등의 목적으로 치료를 받은 경우
2. 협약처방 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

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 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.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증 한방치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단확정 후 그 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 때 아래와 같이 보험수익자에게 약정한 보험금을 급성심근경색증 한방치료비로 지급합니다.

구 분	지 급 배 수
첩약처방비	첩약 1회당 첩약처방 보험가입금액 (단, 최초의 「급성심근경색증」에 대하여 연간 3회)
약침치료비	약침 1회당 약침치료 보험가입금액 (단, 최초의 「급성심근경색증」에 대하여 연간 5회)
특정한방물리요법 치료비	특정한방물리요법 1회당 특정한방물리요법치료 보험가입금액 (단, 최초의 「급성심근경색증」에 대하여 연간 5회)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 첩약처방비(이하 「첩약처방비」라 합니다)는 연간 3회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약처방으로 보아 첩약처방비를 적용합니다. 단, 하나의 처방에서 21첩 이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩이상인 경우는 3회로 봅니다. 다만, 첩약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1첩에 준하는 분량을 1첩으로 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 약침치료비(이하 「약침치료비」라 합니다)는 연간 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 약침치료를 받은 경우에는 1회의 약침치료로 보아 약침치료비를 적용합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 특정한방물리요법치료비(이하 「특정한방물리요법치료비」라 합니다)는 연간 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받은 경우에는 1회의 특정한방물리요법치료로 보아 특정한방물리요법치료비를 적용합니다.
- ④ 첩약처방비의 경우 피보험자가 보험기간 중 첩약처방비 지급사유가 발생하여 한방 첩약처방을 받던 중 보험기간이 끝난 후에도 동일한 치료 목적의 첩약처방비를 한도 내에서 계속 보장합니다.
- ⑤ 약침치료비의 경우 피보험자가 보험기간 중 약침치료비 지급사유가 발생하여 한방 약침치료를 받던 중 보험기간이 끝난 후에도 동일한 치료 목적의 약침치료비를 한도 내에서 계속 보장합니다.
- ⑥ 특정한방물리요법치료비의 경우 피보험자가 보험기간 중 특정한방물리요법치료비 지급사유가 발생하여 특정한방물리요법치료를 받던 중 보험기간이 끝난 후에도 동일한 치

료 목적의 특정한방물리요법치료비를 한도 내에서 계속 보장합니다.

- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표15】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.
- ② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(첨약, 약침 및 특정한방물리요법의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어 「첨약」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원의 한의사(이하 「한의사」라 합니다)의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 「한약」 또는 「한약재」 및 약사법 제2조에서 정한 「한약」을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의 2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어 「약침」이라 함은 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 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 약침술을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어 「특정한방물리요법」이라 함은 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전자자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 별표 1 한약제제급여목록표」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 질병의 치료 목적이 아닌 단순 보신용 첨약은 제외됩니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부

행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술」에 해당하는 침술로만 치료가 행해진 경우와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

- ⑥ 제1항, 제2항, 제4항 및 제5항에도 불구하고 법령(「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 및 관련 법령을 말하며, 이하 같습니다)의 개정에 따라 협약 또는 약침의 범위가 변경된 경우에는 협약처방 또는 약침치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 관련 법령의 개정으로 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」이 폐지 또는 변경되어 협약처방 또는 약침치료에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래에 해당하는 사유로 한방치료비 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

- 1. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약 등의 목적으로 치료를 받은 경우
- 2. 협약처방 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

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 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.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

만성당뇨합병증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「만성당뇨합병증」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 만성당뇨합병증진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 만성당뇨합병증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 만성당뇨합병증진단비를 지급합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(만성당뇨합병증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「만성당뇨합병증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「만성당뇨합병증」으로 분류되는 질병으로 【별표49】(만성당뇨합병증대상질병 분류표)에서 정한 1형 당뇨병, 2형 당뇨병, 영양실조-관련 당뇨병, 기타 명시된 당뇨병, 상세불명의 당뇨병, 기타 당뇨병성 합병증을 말합니다.
- ② 「만성당뇨합병증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 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 단백질이 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

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

수술비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 【별표20】(수술분류표)에서 정하는 수술을 받았을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 수술비로 지급합니다.

제2조(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 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련 법에서 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

수술비용(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 【별표20】(수술분류표)에서 정하는 수술을 받았을 경우 연간 1회 한도로 이 특별약관의 보험가입금액을 수술비로 지급합니다.
- ② 제1항에서 연간이라 함은 보험기간 시작일로부터 매 1년 경과시점의 전일(이하 연간 종료일이라 합니다.)까지의 기간을 말합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 연간 종료일 이전에 보험기간이 종료된 경우 회사는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(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 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련 법에서 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

수술비용(연간2회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 【별표20】(수술분류표)에서 정하는 수술을 받았을 경우 연간 2회 한도로 이 특별약관의 보험가입금액을 수술비로 지급합니다.
- ② 제1항에서 연간이라 함은 보험기간 시작일로부터 매 1년 경과시점의 전일(이하 연간 종료일이라 합니다.)까지의 기간을 말합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 연간 종료일 이전에 보험기간이 종료된 경우 회사는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(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 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련 법에서 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양(악성과 양성의 중간 단계의 종양을 의미합니다) 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 이 특별약관에 따라 보상합니다.
- ② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 암(기타 피부암, 갑상선암 제외)의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날로 하며, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.
 1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
 2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
 3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우
- ③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

제2조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4】 악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 「기타 피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 【별표4】 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병(【별표5】 제자리 신생물분류표 참조)을 말합니다.
- ④ 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표7】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.
- ⑤ 「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 【별표4】 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표25】 이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제4조(암수술비)

① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 수술을 받았을 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액에 아래의 지급배수를 곱한 금액을 암수술비로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

구 분	지 급 배 수
암 수술시 (기타 피부암, 갑상선암 제외)	()배
제자리암 수술시	()배
기타피부암 수술시	()배
경계성종양 수술시	()배
갑상선암 수술시	()배

② 회사는 암(기타 피부암, 갑상선암 제외)과 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 경우 제1항의 보험가입금액에 지급배수를 동일하게 책정합니다. 다만, 암(기타 피부암, 갑상선암 제외)과 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양과 보험가입금액에 지급배수를 달리 설정할 경우에는 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대해서는 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간을 적용하지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정암 수술비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 특정암에 대한 보장개시일 이후에 '특정암'으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정암 수술비로 지급합니다.
- ② 제1항의 특정암에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.
 1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
 2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
 3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우
- ③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

제2조(특정암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「특정암」이라 함은 해당 피보험자가 남자인 경우에는 「3대암」을, 여자인 경우에는 「여성특정암」을 말합니다.
 1. 「3대암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「3대암」으로 분류되는 질병(【별표12】 3대암 분류표 참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.
 2. 「여성특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「여성특정암」으로 분류되는 질병(【별표13】 여성특정암 분류표 참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.
- ② 특정암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 특정암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표25】 이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련 법에서 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

성별특정질병 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 성별특정질병으로 진단 확정되고 그 성별특정질병 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 이 특별약관에 따라 보장합니다.

제2조(성별특정질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 「성별특정질병」이라 함은 【별표21】 성별특정질병 분류표에서 정하는 질병을 말합니다.
- ② 성별특정질병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, C·T, 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그중의 일부로 되어 있어야 합니다.

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제4조(성별특정질병 수술비)

회사는 피보험자가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 수술을 받았을 경우에 이 특별약관의 보험가입금액을 수술1회당 보험금으로 하여 성별특정질병 수술비를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

간질환 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 「간질환」으로 진단이 확정되고 그 간질환의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 수술을 받은 경우에 수술 1회당 보험증권에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(간질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「간질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 간질환으로 분류되는 질병으로서 【별표24】 간질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「간질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원급 의료기관, 의원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한, 회사가 「간질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

각막이식 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인한 장기수혜자로서 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 「각막이식수술」을 받았을 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다.

제2조(각막이식수술의 정의)

이 특별약관에 있어서 「각막이식수술」이라 함은 「장기등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련 법에서 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

총수염 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 총수염(맹장염)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 총수염수술비로 지급합니다.

제2조(총수염의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관의 「총수염(맹장염)」이라 함은 【별표27】 총수염(맹장염) 분류표에서 정하는 질병을 말합니다.
- ② 「총수염(맹장염)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, C·T, 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그중의 일부로 되어 있어야 합니다.

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌·내장수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 “뇌손상” 또는 “내장손상”을 입고 사고일로부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술” 또는 “개복(開腹)수술”을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

제2조(뇌손상 등의 정의)

① 이 특약에서 「뇌손상」이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표31】 뇌·내장손상 분류표에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

이 특약에서 「내장손상」이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 【별표31】 뇌·내장손상 분류표에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

② 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(머리뼈) 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, 횡격막, 종격동, 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, 요관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 꽃아 채액·조직을 뽑아내거나 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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1~5종 수술비 특별약관 II

제1조(보상하는 손해)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 【별표35】에서 정한 수술을 받거나 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 【별표35】에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술1회당 수술 종류에 따라 1~5종 수술비를 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
1종수술	() 만원
2종수술	() 만원
3종수술	() 만원
4종수술	() 만원
5종수술	() 만원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 1~5종 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.

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 BLOOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

21대질병 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 21대질병으로 진단이 확정되고 그 21대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 21대질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압질환, 당뇨병질환, 만성 허부호흡기 질환, 위궤양 및 십이지장궤양	보험가입금액의 100%
신부전, 녹내장, 갑상선질환, 동맥경화증, 폐렴, 결핵	보험가입금액의 ()%
백내장, 관절염, 생식기질환	보험가입금액의 ()%
담석증, 사타구니탈장, 편도염, 축농증	보험가입금액의 ()%
치핵 및 항문주위정맥혈전증	보험가입금액의 ()%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「21대질병」이라 함은 【별표37】(21대질병 분류표)에서 정한 질병 및 분류를 따릅니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제4조(수술의 정의) 제2항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제3조(21대 질병의 진단확정)

- ① 「21대질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다.
- ② 회사가 「21대질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 「21대질병」중 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기 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.

제4조(수술의 정의)

- ① 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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

- ② 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성 질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서, 진료비영수증 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 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.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 수술비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 치료를 직접적인 목적으로 【별표20】(수술분류표)에서 정하는 수술을 받았을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 수술비로 지급합니다.

제2조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 통원(당일입원 포함) 수술비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 통원(당일입원 포함)하여 【별표20】(수술분류표)에서 정하는 수술을 받았을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 수술비로 지급합니다.
- ② 제1항의 통원(당일입원 포함)은 의사가 피보험자의 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하거나 당일입원(입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다)하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(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 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련 법에서 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 통원(당일입원 포함) 수술비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 통원(당일입원 포함)하여 【별표20】(수술분류표)에서 정하는 수술을 받았을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 수술비로 지급합니다.
- ② 제1항의 통원(당일입원 포함)은 의사가 피보험자의 질병으로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하거나 당일입원(입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다)하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(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 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련 법에서 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해수술비(1~7종, 급여, 연간3회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 발생한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 【별표50】(1~7종 수술분류표)에서 정한 「수술」을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 「수술비」로 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 수술에 한하여 보장하며, 하나의 수술코드당 연간 3회에 한하여 보장합니다.

구 분	지급금액
1종수술	상해1종 수술비 보험가입금액
2종수술	상해2종 수술비 보험가입금액
3종수술	상해3종 수술비 보험가입금액
4종수술	상해4종 수술비 보험가입금액
5종수술	상해5종 수술비 보험가입금액
6종수술	상해6종 수술비 보험가입금액
7종수술	상해7종 수술비 보험가입금액

- ② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일(이하 연간 종료일이라 합니다.)까지의 기간을 말합니다. 다만, 연간 종료일 이전에 보험기간이 종료된 경우에는 보험기간 종료일 이후에 발생한 수술에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 30일내에 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술코드에 해당되는 「수술」을 받은 경우에는 제1항의 수술비를 지급하지 않습니다. 이 때, 30일이라 함은 수술비가 지급된 수술코드에 대하여 그 「수술」이 행해진 해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일의 다음날부터 이후 동일한 수술코드가 부여된 입원의 입원일 또는 통원의 통원일까지의 기간을 말합니다.

【보험금 지급예시(1)】

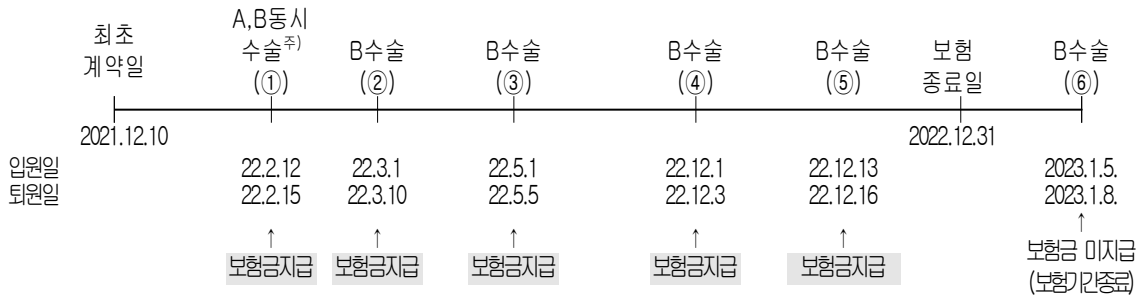
	최초 계약일	A수술 (①)	A수술 (②)	A수술 (③)	A수술 (④)	A수술 (⑤)	A수술 (⑥)	보험 종료일	A수술 (⑦)
	2021.12.10							2022.12.31	
입원일		22.2.12	22.3.1	22.5.1	22.8.1	22.9.1	22.12.11		2023.1.5
퇴원일		22.2.15	22.3.10	22.5.5	22.8.1	22.9.5	22.12.12		2023.1.8
		↑ 보험금지급	↑ 보험금 미지급 (30일내 동일수술)	↑ 보험금지급	↑ 보험금지급	↑ 보험금 미지급 (연간한도초과)	↑ 보험금지급		↑ 보험금 미지급 (보험기간종료)

※ 설명

- ① : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)
- ② : 보험금 미지급
(직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일[22.2.15]부터 동일수술이 행해진 입원의 입원일[22.3.1]까지의 기간(14일)이 30일 이내이므로 보험금 미지급)
- ③ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두 번째 A수술)
- ④ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세 번째 A수술)
- ⑤ : 보험금 미지급
(A수술, 연간 지급횟수(3회) 초과되었으므로 보험금 미지급)
- ⑥ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)

⑦ : 보험금 미지급
 (연간 두 번째 A수술이나 보험기간 종료일 이후 행해진 수술이므로 보험금 미지급)

【보험금 지급예시(2)】



주) 2가지 수술코드가 부여되었으나, 수술종류가 A수술이 높은 경우

※ 설명

- ① : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)
 (수술종류가 높은 A수술에 해당하는 보험금 지급)
- ② : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 B수술)
- ③ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두 번째 B수술)
- ④ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세 번째 B수술)
- ⑤ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 B수술)
 (직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일[22.12.3]부터 동일수술이 행해진 입원의 입원일[22.12.13]까지의 기간(10일)이 30일이내이지만 새로운 연간에 해당되므로 보험금 지급)
- ⑥ : 보험금 미지급
 (연간 두 번째 B수술이나 보험기간 종료일 이후 행해진 수술이므로 보험금 미지급)

제2조(수술의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 **【별표50】** (1~7종 수술분류표)에서 정한 수술코드(이하 「수술코드」라 합니다.)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고, 「진단명기준환자군(Diagnosis Related Group, DRG)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 이 특별약관에서 정한 코드

【진단명기준환자군(DRG)】
 환자의 주진단명 및 기타진단명, 수술처치명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 유사한 그룹으로 분류하는 것을 말하며, 이 특별약관의 진단명기준환자군(DRG) 분류체계는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【ADRG(Adjacent DRG)】

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 의료행위^{주1)}와 진단명^{주2)}에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위의료행위란 보건복지부에서 고시하는“건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수”에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명

진단명이란 통계청에서 고시하는“한국표준질병·사인분류”상의 분류번호를 말합니다.

를 말합니다.

- ③ 제2항의 「수술코드」에서 향후 「진단명기준환자군(DRG)」 개정으로 동일한 수술에 대해 「수술코드」가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 「수술코드」를 따릅니다.

【설명】

- (예시) 이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 A010이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술코드가 A080으로 변경된 경우에도 A010에 해당하는 수술비를 지급합니다.

- 회사는 피보험자가 수술받은 시점의 주진단범주(MDC)와 의료행위를 이 특별약관 체결시점의 진단명기준환자군(DRG) 기준에 적용합니다

- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술코드를 기준으로 수술비를 지급합니다.

- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.
- ⑤ 제1항의 수술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-72호, 2021.3.4.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술에 포함하여 보장합니다.

「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한하여 수술비를 지급합니다.

ADGR는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술을 받더라도 진단명기준환자군(DRG)에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.

(예시) 피보험자가 입원을 하고“치료적 자궁소파술(N141)”과 “복강경을 이용한 주요 자궁

절제술(악성종양제외)(N021)”을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 외과적 우선순위에 따라 생성되는 ADRG는“복강경을 이용한 주요자궁절제술(악성종양 제외)(N021)”입니다.

- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 수술종류가 높은 하나의 수술코드에 한하여 수술비를 지급합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 상해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ④ 이 특별약관의 보험기간이 끝난 때에도 피보험자가 계속입원 중에 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술하였으나 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우에는 회사는 제2조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.
- ⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 수술비와 제5항의 수술코드에 해당하는 수술비를 각각 지급합니다.
- ⑦ 「단순 자궁 수술(악성종양 제외)[수술코드 N031, N032]」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤으나 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항에 따라 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
 2. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
 3. 상해를 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
 4. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
 5. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우
- ③ 회사는 【별표50】(1~7종 수술분류표)의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

- ④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 해당하는 수술에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ⑤ 질병을 원인으로 수술을 하여 【별표50】(1~7종 수술분류표)에서 정한 수술코드를 받은 경우에는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명 포함), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병수술비(1~7종, 급여, 연간3회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 **【별표5 0】** (1~7종 수술분류표)에서 정한 「수술」을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 수술비로 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 수술에 한하여 보장하며, 하나의 수술코드당 연간 3회에 한하여 보장합니다.

구 분	지급금액
1종수술	질병1종 수술비 보험가입금액
2종수술	질병2종 수술비 보험가입금액
3종수술	질병3종 수술비 보험가입금액
4종수술	질병4종 수술비 보험가입금액
5종수술	질병5종 수술비 보험가입금액
6종수술	질병6종 수술비 보험가입금액
7종수술	질병7종 수술비 보험가입금액

- ② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 연간 종료일 이전에 보험기간이 종료된 경우에는 보험기간 종료일 이후에 발생한 수술에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 30일내에 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술코드에 해당되는 「수술」을 받은 경우에는 제1항의 수술비를 지급하지 않습니다. 이 때, 30일이라 함은 수술비가 지급된 수술코드에 대하여 그 「수술」이 행해진 해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일의 다음날부터 이후 동일한 수술코드가 부여된 입원의 입원일 또는 통원의 통원일까지의 기간을 말합니다.

【보험금 지급예시(1)】

	최초 계약일	A수술 (①)	A수술 (②)	A수술 (③)	A수술 (④)	A수술 (⑤)	A수술 (⑥)	보험 종료일	A수술 (⑦)
	2021.12.10							2022.12.31	
입원일		22.2.12	22.3.1	22.5.1	22.8.1	22.9.1	22.12.11		2023.1.5
퇴원일		22.2.15	22.3.10	22.5.5	22.8.1	22.9.5	22.12.12		2023.1.8
		↑ 보험금지급	↑ 보험금 미지급 (30일내 동일수술)	↑ 보험금지급	↑ 보험금지급	↑ 보험금 미지급 (연간한도초과)	↑ 보험금지급		↑ 보험금 미지급 (보험기간종료)

※ 설명

① : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)

② : 보험금 미지급
(직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일[22.2.15]부터 동일수술이 행해진 입원의 입원일[22.3.1]까지의 기간(14일)이 30일 이내이므로 보험금 미지급)

③ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두 번째 A수술)

④ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세 번째 A수술)

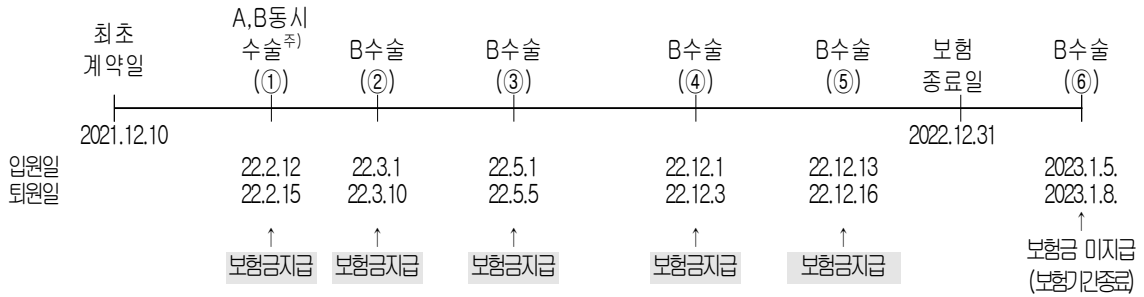
⑤ : 보험금 미지급
(A수술, 연간 지급횟수(3회) 초과되었으므로 보험금 미지급)

⑥ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)

⑦ : 보험금 미지급

(연간 두 번째 A수술이나 보험기간 종료일 이후 행해진 수술이므로 보험금 미지급)

【보험금 지급예시(2)】



주) 2가지 수술코드가 부여되었으나, 수술종류가 A수술이 높은 경우

※ 설명

- ① : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)
(수술종류가 높은 A수술에 해당하는 보험금 지급)
- ② : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 B수술)
- ③ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두 번째 B수술)
- ④ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세 번째 B수술)
- ⑤ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 B수술)
(직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일[22.12.3]부터 동일수술이 행해진 입원의 입원일[22.12.13]까지의 기간(10일)이 30일이내이지만 새로운 연간에 해당되므로 보험금 지급)
- ⑥ : 보험금 미지급
(연간 두 번째 B수술이나 보험기간 종료일 이후 행해진 수술이므로 보험금 미지급)

제2조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 【별표5 0】(1~7종 수술분류표)에서 정한 수술코드(이하 「수술코드」라 합니다.)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고, 「진단명기준환자군(Diagnosis Related Group, DR

【진단명기준환자군(DRG)】
환자의 주진단명 및 기타진단명, 수술처치명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 유사한 그룹으로 분류하는 것을 말하며, 이 특별약관의 진단명기준환자군(DRG) 분류체계는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【ADRG(Adjacent DRG)】

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 의료행위^{주1)}와 진단명^{주2)}에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수”에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명

진단명이란 통계청에서 고시하는 “한국표준질병·사인분류”상의 분류번호를 말합니다.

G)」 분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」 중 이 특별약관에서 정한 코드를 말합니다.

- ③ 제2항의 「수술코드」에서 향후 「진단명기준환자군(DRG)」 개정으로 동일한 수술에 대해 「수술코드」가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 「수술코드」를 따릅니다.

【설명】

- (예시) 이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 A010이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술코드가 A080으로 변경된 경우에도 A010에 해당하는 수술비를 지급합니다.

- 회사는 피보험자가 수술받은 시점의 주진단범주(MDC)와 의료행위를 이 특별약관 체결시점의 진단명기준환자군(DRG) 기준에 적용합니다

- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술코드를 기준으로 수술비를 지급합니다.

- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.

- ⑤ 제1항의 수술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-72호, 2021.3.4.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술에 포함하여 보장합니다.

「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한하여 수술비를 지급합니다.

ADGR는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술을 받더라도 진단명기준환자군(DRG)에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.

(예시) 피보험자가 입원을 하고 “치료적 자궁소파술(N141)”과 “복강경을 이용한 주요 자궁

절제술(악성종양제외)(N021)”을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 외과적 우선순위에 따라 생성되는 ADRG는“복강경을 이용한 주요자궁절제술(악성종양 제외)(N021)”입니다.

- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 수술종류가 높은 하나의 수술코드에 한하여 수술비를 지급합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 질병으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ④ 이 특별약관의 보험기간이 끝난 때에도 피보험자가 계속입원 중에 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술하였으나 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우에는 회사는 제2조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.
- ⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 수술비와 제5항의 수술코드에 해당하는 수술비를 각각 지급합니다.
- ⑦ 「단순 자궁 수술(악성종양 제외)[수술코드 N031, N032]」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤으나 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 5. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
 6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

-
- 7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
 - 8. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
 - 9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
 - 10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우
- ② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병은 보상하지 않습니다.
- 1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 - 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 - 3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
 - 4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
 - 5. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)
- ③ 회사는 【별표50】(1~7종 수술분류표)의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.
- ④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 해당하는 수술에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ⑤ 상해를 원인으로 수술을 하여 【별표50】(1~7종 수술분류표)에서 정한 수술코드를 받은 경우에는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.
- 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명 포함), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인인 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1~3종 수술비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 상해 또는 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 【별표20】(수술분류표)에서 정하는 수술을 받았을 경우 아래의 금액을 1~3종 수술비용으로 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
1종수술	1종 수술비 보험가입금액
2종수술	2종 수술비 보험가입금액
3종수술	3종 수술비 보험가입금액

- ② 피보험자가 동시에 둘 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 전 항의 기준에 따라 가장 높은 지급금액에 해당하는 하나의 1~3종 수술비용만을 지급합니다.

제2조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정 손가락·발가락 수술비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 피보험자가 보험기간 중 발생한 상해 또는 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간내에 【별표57】의 손가락·발가락 진단명에 해당하여 【별표 58】의 수술을 받은 경우에 수술 1회당 보험증권에서 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 인하여 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 수술비 보험금만을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정 손가락·발가락 수술비(연간1회한) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 발생한 상해 또는 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간내에 【별표57】의 손가락·발가락 진단명에 해당하여 【별표58】의 수술을 받은 경우에 연간 1회 한도로 수술 1회당 보험증권에서 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 인하여 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 수술비 보험금만을 지급합니다.
- ② 제1항에서 연간이라 함은 보험기간 시작일로부터 매 1년 경과시점의 전일(이하 연간 종료일이라 합니다.)까지의 기간을 말합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 연간 종료일 이전에 보험기간이 종료된 경우 회사는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 BLOK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정 손가락·발가락 수술비(연간2회한) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 발생한 상해 또는 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간내에 【별표57】의 손가락·발가락 진단명에 해당하여 【별표58】의 수술을 받은 경우에 연간 2회 한도로 수술 1회당 보험증권에서 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 인하여 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 수술비 보험금만을 지급합니다.
- ② 제1항에서 연간이라 함은 보험기간 시작일로부터 매 1년 경과시점의 전일(이하 연간 종료일이라 합니다.)까지의 기간을 말합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 연간 종료일 이전에 보험기간이 종료된 경우 회사는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 BLOK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대장 양성종양및특정폴립 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 「대장 양성종양및특정폴립」으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 대장 양성종양및특정폴립이 발생한 부위, 개수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 최초 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(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.
- ② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(대장 양성종양및특정폴립의 정의 및 진단확정)에서 정한 "대장 양성종양및특정폴립"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

제3조(대장 양성종양및특정폴립의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「대장 양성종양및특정폴립」이라 함은 제8차 한국표준질병사인 분류에 있어서 【대장 양성종양및특정폴립 분류표】 (【별표59】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「대장 양성종양및특정폴립」의 진단확정은 조직병리학적 검진, 내시경 검사 등에 근거하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「대장 양성종양및특정폴립」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 내시경검사결과지, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
 - ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원
-

또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 「위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립」으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 「위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립」이 발생한 부위, 개수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 최초 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(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.
- ② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립의 정의 및 진단확정)에서 정한 「위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

제3조(위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립 분류표】 (【별표60】참조)에에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립」의 진단확정은 조직병리학적 검진, 내시경 검사 등에 근거하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 내시경검사결과지, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

-
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

위,십이지장 양성종양및특정폴립 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 「위,십이지장 양성종양및특정폴립」으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 위,십이지장 양성종양및특정폴립이 발생한 부위, 개수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 최초 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(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.
- ② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(위,십이지장 양성종양및특정폴립)의 정의 및 진단확정)에서 정한 "위,십이지장 양성종양및특정폴립"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

제3조(「위,십이지장 양성종양및특정폴립」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「위,십이지장 양성종양및특정폴립」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【위,십이지장 양성종양및특정폴립 분류표】(【별표61】참조)에 있어서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「위,십이지장 양성종양및특정폴립」의 진단확정은 조직병리학적 검진, 내시경 검사 등에 근거하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「위,십이지장 양성종양및특정폴립」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 내시경검사결과지, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원

또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

모성사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병(이하 「여성산과관련 특정질병」이라 합니다.)으로 인하여 임신 중 또는 분만(유산을 포함합니다.) 후 42일 이내에 사망한 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 여성산과관련 특정질병으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(「여성산과관련 특정질병」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「여성산과관련 특정질병」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「여성산과관련 특정질병」으로 분류되는 질병으로 【별표62】 【여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병 분류표】에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「여성산과관련 특정질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(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 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제37조(보험 등의 불이익 금지)】

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

- 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)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 5. 피보험자의 상해

제5조(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 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 이 특별약관의 보장개시일부터 분만(유산을 포함합니다.) 후 42일까지로 합니다. 단, 이 보험계약의 보험기간이 종료된 경우 이 특별약관의 보험기간도 종료됩니다.
- ② 제1항의 경우 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일로 하며 다른 약정이 없으면 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

모성사망 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병(이하 「여성산과관련 특정질병」이라 합니다.)으로 인하여 임신 중 또는 분만(유산을 포함합니다.) 후 42일 이내에 사망한 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 여성산과관련 특정질병으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(「여성산과관련 특정질병」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「여성산과관련 특정질병」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「여성산과관련 특정질병」으로 분류되는 질병으로 **【별표63】 【여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병 분류표 II】**에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「여성산과관련 특정질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(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 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제37조(보험 등의 불이익 금지)】

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

- 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)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 5. 피보험자의 상해

제5조(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 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 이 특별약관의 보장개시일부터 분만(유산을 포함합니다.) 후 42일까지로 합니다. 단, 이 보험계약의 보험기간이 종료된 경우 이 특별약관의 보험기간도 종료됩니다.
- ② 제1항의 경우 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일로 하며 다른 약정이 없으면 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

계속암진단비(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 계속암보장개시일 이후에 「계속암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암은 제외합니다)(이하 ‘계속암’이라 합니다)」으로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 계속암보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
 1. 첫번째 계속암 : 첫번째암 진단확정일(보장개시일 이전을 포함합니다)부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
 2. 두번째 이후 계속암 : 직전 계속암 진단확정일(보장개시일 이전을 포함합니다)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
- ③ 피보험자가 보험기간 중 계속암보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 계속암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 전 항의 기준에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(첫번째암 및 계속암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 「암」 또는 「첫번째암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4】악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), C73(갑상선의 악성신생물) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 「계속암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4】악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), C73(갑상선의 악성신생물), C61(전립선의 악성신생물) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4】악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4】악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 「전립선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표4】악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다.
- ⑥ 이 계약에 있어서 「계속암」은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 계속암보장

개시일 이후 진단확정된 다음 각호의 암을 말합니다.

1. 새로운 원발암
 2. 전이암
 3. 재발암
 4. 잔여암
- ⑦ 제6항 제1호의 「새로운 원발암」 이라 함은 원발부위에 발생한 암으로 「첫번째암」 또는 「계속암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암을 말합니다.
- ⑧ 제6항 제2호의 「전이암」 이라 함은 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 암을 말합니다.
- ⑨ 제6항 제3호의 「재발암」 이라 함은 「첫번째 암」 또는 「계속암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째 암」 또는 「계속암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째 암」 또는 「계속암」으로 인하여 새롭게 암이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 암을 말합니다.
- ⑩ 제6항 제4호의 「잔여암」 이라 함은 보장개시일 이후 「첫번째 암」 또는 「계속암」의 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.
- ⑪ 「첫번째 암」이 C61(전립선의 악성신생물)인 경우, 원발부위가 “전립선암”인 「전이암」, “전립선암”의 「재발암」 및 “전립선암”의 「잔여암」에 대한 계속암진단비는 지급하지 않습니다.
- ⑫ 「첫번째 암」의 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 「첫번째 암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑬ 「계속암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「계속암」으로 진단 또는 치료(암의 직접적인 치료를 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.
- ⑭ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표25】 이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

계속암진단비(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 포함) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 계속암보장개시일 이후에 「계속암」으로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 계속암보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
 1. 첫번째 계속암 : 첫번째암 진단확정일(보장개시일 이전을 포함합니다)부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
 2. 두번째 이후 계속암 : 직전 계속암 진단확정일(보장개시일 이전을 포함합니다)부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
- ③ 피보험자가 보험기간 중 계속암보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 계속암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 전 항의 기준에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(첫번째암 및 계속암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 「암」 또는 「첫번째암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4】악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.
 - ② 이 계약에 있어서 「계속암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표4】악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.
 - ③ 이 계약에 있어서 「계속암」은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 계속암보장개시일 이후 진단확정된 다음 각호의 암을 말합니다.
 1. 새로운 원발암
 2. 전이암
 3. 재발암
 4. 잔여암
 - ④ 제3항 제1호의 「새로운 원발암」이라 함은 원발부위에 발생한 암으로 「첫번째암」 또는 「계속암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암을 말합니다.
 - ⑤ 제3항 제2호의 「전이암」이라 함은 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 암을 말합니다.
 - ⑥ 제3항 제3호의 「재발암」이라 함은 「첫번째암」 또는 「계속암」과 동일한 조직병리
-

학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째 암」 또는 「계속암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째 암」 또는 「계속암」으로 인하여 새롭게 암이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 암을 말합니다.

- ⑦ 제3항 제4호의 「잔여암」이라 함은 보장개시일 이후 「첫번째 암」 또는 「계속암」의 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.
- ⑧ 「첫번째 암」의 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 「첫번째 암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑨ 「계속암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「계속암」으로 진단 또는 치료(암의 직접적인 치료를 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.
- ⑩ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표25】 이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

7대질병 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 7대질병으로 진단이 확정되고 그 7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험가입금액을 7대질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 특별약관에 있어서 「7대질병」이라 함은 【 별표36 】 (7대질병 분류표)에서 정한 질병 및 분류를 따릅니다.

제3조(7대질병의 진단확정)

- ① 「7대질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다.
- ② 회사가 「7대질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 「7대질병」중 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기 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.

제4조(수술의 정의)

- ① 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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

- ② 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성 질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정13대질병 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 특정13대질병으로 진단이 확정되고 그 특정13대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험가입금액을 특정13대질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 동시에 두 가지 이상의 특정13대질병 수술을 받을 경우에는 1회의 수술로 봅니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 특별약관에 있어서 「특정13대질병」이라 함은 【 별표64 】(특정13대질병 분류표)에서 정한 질병 및 분류를 따릅니다.

제3조(특정13대질병의 진단확정)

- ① 「특정13대질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다.
- ② 회사가 「특정13대질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의)

- ① 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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

- ② 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성

질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

14대질병 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 14대질병으로 진단이 확정되고 그 14대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 14대질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압질환, 당뇨병질환, 만성 허부호흡기 질환, 위궤양 및 십이지장궤양	보험가입금액의 100%
신부전, 녹내장, 갑상선질환, 동맥경화증, 폐렴, 결핵	보험가입금액의 ()%
백내장	보험가입금액의 ()%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「14대질병」이라 함은 【 별표65 】(14대질병 분류표)에서 정한 질병 및 분류를 따릅니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제4조(수술의 정의) 제2항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제3조(14대질병의 진단확정)

- ① 「14대질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다.
- ② 회사가 「14대질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 「14대질병」중 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기 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.

제4조(수술의 정의)

- ① 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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

- ② 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성 질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서, 진료비영수증 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 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.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

16대질병 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 16대질병으로 진단이 확정되고 그 16대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 16대질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압질환, 당뇨병질환, 만성 하부호흡기 질환, 위궤양 및 십이지장궤양	보험가입금액의 100%
신부전, 녹내장, 갑상선질환, 동맥경화증, 폐렴, 결핵	보험가입금액의 ()%
백내장, 관절염, 생식기질환	보험가입금액의 ()%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「16대질병」이라 함은 【 별표66 】 (16대질병 분류표)에서 정한 질병 및 분류를 따릅니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제4조(수술의 정의) 제2항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제3조(16대질병의 진단확정)

- ① 「16대질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다.
- ② 회사가 「16대질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 「16대질병」중 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기 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.

제4조(수술의 정의)

- ① 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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

- ② 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성 질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서, 진료비영수증 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 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.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

18대질병 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 18대질병으로 진단이 확정되고 그 18대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 18대질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압질환, 당뇨병질환, 만성 하부호흡기 질환, 위궤양 및 십이지장궤양	보험가입금액의 100%
신부전, 녹내장, 갑상선질환, 동맥경화증, 폐렴, 결핵	보험가입금액의 ()%
백내장	보험가입금액의 ()%
담석증, 사타구니탈장, 편도염, 축농증	보험가입금액의 ()%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「18대질병」이라 함은 【 별표67 】(18대질병 분류표)에서 정한 질병 및 분류를 따릅니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제4조(수술의 정의) 제2항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제3조(18대질병의 진단확정)

- ① 「18대질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다.
- ② 회사가 「18대질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 「18대질병」중 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기 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.

제4조(수술의 정의)

- ① 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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

- ② 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성 질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장애진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서, 진료비영수증 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 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.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

이차성고혈압 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「이차성고혈압」으로 진단 확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 이차성고혈압 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 「이차성고혈압」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 이차성고혈압 진단비를 지급합니다.
- ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(이차성고혈압의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「이차성고혈압」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「이차성고혈압」으로 분류되는 질병으로 【 별표68 】(이차성고혈압 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「이차성고혈압」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다. 또한, 회사는 「이차성고혈압」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

본태성(원발성)고혈압 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「본태성(원발성)고혈압」으로 진단 확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 본태성(원발성)고혈압 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 「본태성(원발성)고혈압」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 본태성(원발성)고혈압 진단비를 지급합니다.
- ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(본태성(원발성)고혈압의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「본태성(원발성)고혈압」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「본태성(원발성)고혈압」으로 분류되는 질병으로 【 별표69 】(본태성(원발성)고혈압 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「본태성(원발성)고혈압」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다. 또한, 회사는 「본태성(원발성)고혈압」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

난임 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「난임」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 난임진단비로 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(난임의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「난임」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「난임」으로 분류되는 질병으로 【 별표70 】(난임 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 피보험자가 여성인 경우 남성에서 기원한 여성불임(한국표준질병·사인분류의 분류번호 N97.4)은 보장하지 않습니다.
- ② 「난임」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사는 「난임」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정2대 중추신경계질환 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 특정2대 중추신경계질환으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(특정2대 중추신경계질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “특정2대 중추신경계질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정2대 중추신경계질환으로 분류되는 질병(【 별표71 】 특정2대 중추신경계질환 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 특정2대 중추신경계질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 자기공명영상(MRI), 전산화단층촬영(CT), 뇌척수액검사, 혈관조영술 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 특정2대 중추신경계질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정5대 순환계질환(혈관질환) 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 특정5대 순환계질환(혈관질환)으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(특정5대 순환계질환(혈관질환)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “특정5대 순환계질환(혈관질환)”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정5대 순환계질환(혈관질환)으로 분류되는 질병(【 별표72 】 특정5대 순환계질환(혈관질환) 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 특정5대 순환계질환(혈관질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 자기공명영상(MRI), 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층촬영(PET), 혈액검사, 심전도검사, 초음파검사, 심도자검사, 혈관조영술, 혈관 도플러 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 특정5대 순환계질환(혈관질환)의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정5대 호흡계질환(폐렴, 하부호흡기 및 흉막질환) 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 특정5대 호흡계질환(폐렴, 하부호흡기 및 흉막질환)으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(특정5대 호흡계질환(폐렴, 하부호흡기 및 흉막질환)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “특정5대 호흡계질환(폐렴, 하부호흡기 및 흉막질환)”이라 함은 한국표준질병.사인분류에 있어서 특정5대 호흡계질환(폐렴, 하부호흡기 및 흉막질환)으로 분류되는 질병(【 별표73 】 특정5대 호흡계질환(폐렴, 하부호흡기 및 흉막질환) 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 특정5대 호흡계질환(폐렴, 하부호흡기 및 흉막질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 특정5대 호흡계질환(폐렴, 하부호흡기 및 흉막질환)의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정2대 호흡계질환(간질·화농·괴사성질환) 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 특정2대 호흡계질환(간질·화농·괴사성질환)으로 진단 확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(특정2대 호흡계질환(간질·화농·괴사성질환)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “특정2대 호흡계질환(간질·화농·괴사성질환)”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정2대 호흡계질환(간질·화농·괴사성질환)으로 분류되는 질병 (【별표74】 특정2대 호흡계질환(간질·화농·괴사성질환) 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 특정2대 호흡계질환(간질·화농·괴사성질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 특정2대 호흡계질환(간질·화농·괴사성질환)의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정4대 소화계질환(총수·복막·기타장질환) 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 특정4대 소화계질환(총수·복막·기타장질환)으로 진단 확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(특정4대 소화계질환(총수·복막·기타장질환)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “특정4대 소화계질환(총수·복막·기타장질환)”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정4대 소화계질환(총수·복막·기타장질환)으로 분류되는 질병 (【별표75】 특정4대 소화계질환(총수·복막·기타장질환) 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 특정4대 소화계질환(총수·복막·기타장질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선촬영, 내시경검사, 위장조영술 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 특정4대 소화계질환(총수·복막·기타장질환)의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정6대 소화계질환(궤양, 게실염) 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 특정6대 소화계질환(궤양, 게실염)으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(특정6대 소화계질환(궤양, 게실염)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “특정6대 소화계질환(궤양, 게실염)”이라 함은 한국표준질병.사인분류에 있어서 특정6대 소화계질환(궤양, 게실염)으로 분류되는 질병(【 별표76 】 특정6대 소화계질환(궤양, 게실염) 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 특정6대 소화계질환(궤양, 게실염)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 위장조영술 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 특정6대 소화계질환(궤양, 게실염)의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해흉터복원 수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 상해 사고로 치료를 받고 그 직접적인 결과로 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 상해 사고일부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 지급합니다. 단, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일부터 2년 경과 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받고, 2년 경과 후에 성형수술을 받은 경우에는 보험금을 지급합니다.

구 분	안면부	상지·하지
상해흉터복원수술비	수술 1cm당 14만원	수술 1cm당 7만원 (단, 3cm이상의 경우에 한합니다.)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술cm는 최장직경으로 합니다.

【용어풀이】

안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.

1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. 상지란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며, 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 상해흉터복원수술비는 하나의 상해 사고에 대하여 500만원 한도 내에서 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 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.

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유산 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 제4호에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 「유산」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 유산진단비로 지급합니다.

제2조(유산의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「유산」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「유산」으로 분류되는 질병으로 【별표77】(유산 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「유산」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사는 「유산」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 '태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물들을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술(인공임신중절수술)'은 보장에서 제외합니다. 다만, 「모자보건법」 제14조(인공임신중절수술의 허용한계) 및 동법 시행령 제15조(인공임신중절수술의 허용한계)에 해당하는 경우에는 보장합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유산 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 제4호에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 「유산」으로 진단 확정되고 그 유산의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 보험가입금액을 유산수술비로 지급합니다.

제2조(유산의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「유산」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「유산」으로 분류되는 질병으로 【별표7】(유산 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「유산」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사는 「유산」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 '태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물들을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술(인공임신중절수술)'은 보장에서 제외합니다. 다만, 「모자보건법」 제14조(인공임신중절수술의 허용한계) 및 동법 시행령 제15조(인공임신중절수술의 허용한계)에 해당하는 경우에는 보장합니다.

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

이상지질혈증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「이상지질혈증」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 이상지질혈증진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 「이상지질혈증」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 이상지질혈증진단비를 지급합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(이상지질혈증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「이상지질혈증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「이상지질혈증」으로 분류되는 질병으로 【 별표78 】 (이상지질혈증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「이상지질혈증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과 의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사는 「이상지질혈증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

고액치료비암진단 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 고액치료비암에 대한 보장개시일 이후에 고액치료비암으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 가입금액을 1회에 한하여 보험수익자에게 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 고액치료비암에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그 날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.
 1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
 2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
 3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우
- ③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 고액치료비암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 전 항의 기준에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제4항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(고액치료비암의 정의 및 진단확정)

- ① 『고액치료비암』이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 고액치료비암으로 분류되는 질병(【별표79】 고액치료비암 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)는 제외합니다.
- ② 고액치료비암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표25】 이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

고액치료비암진단 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 고액치료비암에 대한 보장개시일 이후에 고액치료비암으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 가입금액을 1회에 한하여 보험수익자에게 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 고액치료비암에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그 날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.
 1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
 2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
 3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우
- ③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 고액치료비암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 전 항의 기준에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제4항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(고액치료비암의 정의 및 진단확정)

- ① 『고액치료비암』이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 고액치료비암으로 분류되는 질병(【별표80】 고액치료비암 분류표II 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)는 제외합니다.
- ② 고액치료비암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표25】 이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

우울증 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「우울증」으로 진단 확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 우울증 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 「우울증」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 우울증 진단비를 지급합니다.
- ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(우울증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「우울증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「우울증」으로 분류되는 질병으로 【별표83】(우울증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「우울증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 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. 또한, 회사는 「우울증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

공황장애 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「공황장애」로 진단 확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 공황장애 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 「공황장애」로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 공황장애 진단비를 지급합니다.
- ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(공황장애의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「공황장애」라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「공황장애」로 분류되는 질병으로 【별표84】(공황장애 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「공황장애」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 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. 또한, 회사는 「공황장애」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

당뇨병(당화혈색소 ()%이상) 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 「당뇨병(당화혈색소 기준 ()%이상)」으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 「당뇨병(당화혈색소 기준 ()%이상)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 「당뇨병(당화혈색소 기준 ()%이상)」 진단비를 지급합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(당뇨병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「당뇨병(당화혈색소 기준 ()%이상)」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「당뇨병」로 분류되는 질병으로 【 별표85 】(당뇨병 분류표)에서 정한 질병 중 당화혈색소(HbA1c) ()% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
- ② 제1항 및 제2항의 당화혈색소(HbA1c)는 표준화된 방법으로 측정된 것이어야 하며, 이는 『국제당화혈색소 측정 표준화 프로그램(National Glycohemoglobin Standardization Program: NGSP)』에 의해 인증되고 『당뇨병 조절과 합병증에 대한 연구(Diabetes Control and Complications Trial :DCCT)』에서 정한 표준화된 방법으로 측정된 것을 말합니다.
- ③ 당뇨병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, CT, 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그중의 일부로 되어 있어야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「당뇨병(당화혈색소 기준 ()%이상)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병확장보장 추가특별약관(II)

제1조(특별약관의 적용)

- ① 이 추가특별약관은 질병으로 인한 사망, 후유장해, 입원일당, 통원일당, 수술비, 치료비를 보장하는 약관(【별표82】 참조) 중 피보험자가 가입한 () 특별약관(이하 “질병 () 특별약관”이라 합니다)에 대하여 적용합니다.
- ② 상해와 질병을 함께 보장하는 특별약관의 경우, 상해를 제외하고 질병에 대하여만 이 추가특별약관을 적용합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 질병 () 특별약관의 ‘보험금의 지급사유’의 조항에도 불구하고 피보험자가 보험기간 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병에 대해서도 질병 () 특별약관의 ‘보험금의 지급사유’의 조항에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 후유장해를 보장하는 질병 () 특별약관의 경우, 피보험자가 보험기간 이전에 이미 질병 () 특별약관에서 보장하는 질병으로 인하여 후유장해지급률이 확정된 경우에는 보상하지 않으며, 보험기간 중 후유장해지급률이 최초로 결정된 경우에 한하여 보상하여 드립니다. 단, 피보험자와 회사가 후유장해지급률에 대한 이견으로 보험기간 중 합의가 이루어지지 않아 보험기간 종료 후에 최초 후유장해지급률이 결정되었다면 이는 보험기간 중 후유장해지급률이 최초로 결정된 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 질병 () 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 10일 이내에 이 계약의 질병 () 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다. 단, 10일을 초과하더라도 이전 계약의 보험가입 사실을 확인하고 보험사가 이를 승인한 경우에는 계약이 갱신된 것으로 봅니다.

제3조(준용규정)

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

7. 치과관련담보

치아보존치료비 | 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병(치아우식증, 치주질환) 또는 상해로 인하여 영구치에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태학적, 기능적 복구를 도모하는 치료(이하 “치아보존치료”라 합니다.)를 위하여 치과의사 면허를 가진 자에게 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 치아보존치료를 진단확정 받아 치료한 경우에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.
- ② 회사는 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 해당 질병(치아우식증, 치주질환)으로 진단 또는 치료를 받은 경우에도 해당 질병(치아우식증, 치주질환)이 완치된 후 이 특별약관의 보장개시일 이후에 동일 치아에 새로운 질병(치아우식증, 치주질환)으로 진단확정되어 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항의 질병(치아우식증, 치주질환)은 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 치아우식 (K02)
 2. 치수 및 근단주위조직의 질환 (K04)
 3. 치은염 및 치주질환 (K05)
- ④ 제1항에서 치아보존치료의 정의는 아래와 같습니다.

구분	치료항목	정의
치아 보존 치료	아말감	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 구리, 주석, 은 등의 합금과 수은의 혼합체를 말합니다.
	글래스아 이노머	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 산 부식처리가 필요 없는 화학접착으로 수복하는 재료를 말합니다.
	레진	치아 충전 또는 수복 재료 중 치과용 레진을 치아에 직접 수복하는 충전치료(치아의 손상된 부위를 원상회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료)를 말합니다. 심미성이 요구되고 교합력이 크게 작용하지 않는 치아 또는 손상부위가 작은 치아를 충전할 경우에 쓰입니다.
	기성금관	인레이/ 온레이	치아의 손상된 부위에 구강(입속) 외에서 본을 떠 금이나 도재 등의 재료로 구조물을 제작하고 시멘트를 사용하여 합착하는 간접적으로 충전치료하는 방법을 말합니다.
크라운		치관장착(Crown)치료를 말하며 영구치에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 영구치의 강도가 약해질 것이 예상되는 경우에 영구치의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.

- ⑤ 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.

- ⑥ 회사는 제5항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.
- ⑦ 보험증권에 자기부담금이 약정된 경우에는 자기부담금을 초과하여 치아보존치료비가 발생하는 경우에 한하여 보험가입금액을 지급하여 드립니다.
- ⑧ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 보장개시일 이후에 치아보존치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관 보험기간 만료 후 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내에 치아보존치료를 받은 경우에는 보상하여 드립니다. 다만, 회사는 제1항에 따라 보험증권에 기재된 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

- 1. 라미네이트 등 미용 상의 치료

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어의 정의

용어	정의
영구치	유치(젓니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다.
치아우식증 (충치)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 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.
치주질환 (잇몸질환)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환(잇몸질환)은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

치아보존치료비 II 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병(치아우식증, 치주질환) 또는 상해로 인하여 영구치에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태학적, 기능적 복구를 도모하는 치료(이하 “치아보존치료”라 합니다.)를 위하여 치과의사 면허를 가진 자에게 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 치아보존치료를 진단확정 받아 치료한 경우에는 보험증권에 기재된 치료항목별로 아래와 같이 치아보존치료 보험금을 지급하여 드립니다.

치료항목	치아보존치료 보험금	보장한도
아말감	치아 1개당 ()원	연간 ()개
글래스아이노머	치아 1개당 ()원	연간 ()개
레진	치아 1개당 ()원	연간 ()개
기성금관	치아 1개당 ()원	연간 ()개

- ② 회사는 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 해당 질병(치아우식증, 치주질환)으로 진단 또는 치료를 받은 경우에도 해당 질병(치아우식증, 치주질환)이 완치된 후 이 특별약관의 보장개시일 이후에 동일 치아에 새로운 질병(치아우식증, 치주질환)으로 진단확정되어 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항의 질병(치아우식증, 치주질환)은 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 치아우식 (K02)
 2. 치수 및 근단주위조직의 질환 (K04)
 3. 치은염 및 치주질환 (K05)
- ④ 제1항에서 치아보존치료의 치료항목별 정의는 아래와 같습니다.

구분	치료항목	정의
치아보존치료	아말감	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 구리, 주석, 은 등의 합금과 수은의 혼합체를 말합니다.
	글래스아이노머	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 산 부식처리가 필요없는 화학접착으로 수복하는 재료를 말합니다.
	레진	치아 충전 또는 수복 재료 중 치과용 레진을 치아에 직접 수복하는 충전치료(치아의 손상된 부위를 원상회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료)를 말합니다. 심미성이 요구되고 교합력이 크게 작용하지 않는 치아 또는 손상부위가 작은 치아를 충전할 경우에 쓰입니다.
	기성금관	인레이/온레이	치아의 손상된 부위에 구강(입속) 외에서 본을 떠 금이나 도재 등의 재료로 주조물을 제작하고 시멘트를 사용하여 합착하는 간접적으로 충전치료하는 방법을 말합니다.
크라운		치관장착(Crown)치료를 말하며 영구치에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 영구치의 강도가 약해질 것이 예상되는 경우에 영구치의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.

- ⑤ 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.
- ⑦ 보험증권에 자기부담금이 약정된 경우에는 자기부담금을 초과하여 치아보존치료비가 발생하는 경우에 한하여 보험가입금액을 지급하여 드립니다.
- ⑧ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 보장개시일 이후에 치아보존치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관 보험기간 만료 후 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내에 치아보존치료를 받은 경우에는 보상하여 드립니다. 다만, 회사는 제1항에 따라 보험증권에 기재된 치료항목별 보장한도내에서 보험금을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

- 1. 라미네이트 등 미용 상의 치료

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어의 정의

용어	정의
영구치	유치(젓니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다.
치아우식증(충치)	한국표준질병·사인분류 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.
치주질환(잇몸질환)	한국표준질병·사인분류 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 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

치아보존치료비(단체) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 단체(단체계약 특별약관 제1조(계약의 적용 범위) 제1항에서 정한 단체를 말합니다)의 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병(치아우식증, 치주질환) 또는 상해로 인하여 치아보존치료를 받아 해당 치아보존치료가 종결된 경우 아래와 같이 보험증권에 기재된 보험가입금액을 지급하여 드립니다.

구분	치료항목	치아보존치료 보험금	보장한도
개별담보	아말감, 글래스아이노머	치아 1개당 ()만원	연간 ()개
	레진필링, 인레이/온레이	치아 1개당 ()만원	연간 ()개
	크라운	치아 1개당 ()만원	연간 ()개
혼합담보	아말감, 글래스아이노머, 레진필링, 인레이/온레이, 크라운	치료종류에 상관없이 치아 1개당 ()원	치료종류에 상관없이 연간 ()개
	레진필링, 인레이/온레이, 크라운	치료종류에 상관없이 치아 1개당 ()원	치료종류에 상관없이 연간 ()개

- ② 제1항의 질병(치아우식증, 치주질환)은 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 치아우식 (K02)
2. 치수 및 근단주위조직의 질환 (K04)
3. 치은염 및 치주질환 (K05)

- ③ 제1항의 치아보존치료란 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치(자연치)에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 받는 경우를 말하며, 치료항목별 정의는 아래와 같습니다.

구분	치료항목	정의
충전 치료	아말감	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 구리, 주석, 은 등의 합금과 수은의 혼합체를 말합니다.
	글래스아이노머	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 산 부식처리가 필요 없는 화학접착으로 수복하는 재료를 말합니다.
	레진필링	치아 충전 또는 수복 재료 중 치과용 레진을 치아에 직접 수복하는 충전치료(치아의 손상된 부위를 원상회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료)를 말합니다. 심미성이 요구되고 교합력이 크게 작용하지 않는 치아 또는 손상부위가 작은 치아를 충전할 경우에 쓰입니다.
	인레이	치아의 손상된 부위에 구강(입속) 외에서 본을 떠 금이나 도재

	/온레이	등의 재료로 주조물을 제작하고 시멘트를 사용하여 합착하는 간접적으로 충전 치료하는 방법을 말합니다.
크라운 치료	크라운	임상적 치관(머리 부분)의 모든 면을 금이나 세라믹 등의 충전물로 덮어 치아의 형태와 기능을 재생시켜주는 치료를 말합니다.

- ④ 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.
- ⑤ 회사는 제4항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.
- ⑥ 보험증권에 자기부담금이 약정된 경우에는 자기부담금을 초과하여 치아보존치료비가 발생하는 경우에 한하여 보험가입금액을 지급하여 드립니다.
- ⑦ 피보험자가 동일한 질병 또는 상해로 복합 형태의 치아보존치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장높은 가입금액의 한 가지 치료항목 보험금만을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 동일한 질병 또는 상해로 1개의 치아에 2회 이상의 치아보존치료를 받은 경우에는 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 치아보존치료를 개시한 경우에는 새로운 치료로 봅니다.
- ⑨ 이미 치아보존치료를 받은 영구치에 대하여 새로운 질병 또는 상해를 직접적인 원인으로 치아보존치료를 한 경우에도 해당 치아보존치료 보험금을 지급합니다.
- ⑩ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 보장개시일 이후에 치아보존치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관 보험기간 만료 후 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내에 치아보존치료를 받은 경우에는 보상하여 드립니다. 다만, 회사는 제1항에 따라 보험증권에 기재된 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 교정을 위하여 영구치를 발거하는 경우
2. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
3. 제3대구치(사랑니)의 치료, 치열교정준비, 치과치료를 위한 임시 치과치료, 라미네이트 등 미용 상의 치료
4. 치아우식증 및 치주질환 등의 예방목적으로 건강한 치아에 행하여지는 예방목적의 치아보존치료(불소도포, 실란트 등)
5. 한국표준질병·사인분류의 아래의 원인으로 치료받은 경우

분류코드	내역
K00	치아의 발육 및 맹출 장애
K01	매몰치 및 매복치
K03	치아경조직의 기타 질환
K06	잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애
K07	치아열굴이상(부정교합포함)
K08	치아 및 지지구조의 기타 장애

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어의 정의

용어	정의
영구치	유치(젓니)가 빠진 후 나는 자연 치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형 치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
영구치발거	의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.
치아수복물	레진필링, 인레이/온레이, 크라운 등 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.
치아우식증 (충치)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 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.
치주질환 (잇몸질환)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환(잇몸질환)은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

치아보존치료비(단체) II 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 단체(단체계약 특별약관 제1조(계약의 적용 범위) 제1항에서 정한 단체를 말합니다)의 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병(치아우식증 등 질환) 또는 상해로 인하여 치아보존치료를 받아 해당 치아보존치료가 종결된 경우 아래와 같이 보험증권에 기재된 보험가입금액을 지급하여 드립니다.

구분	치료항목	치아보존치료 보험금	보장한도
개별담보	아말감, 글래스아이노머	치아 1개당 ()만원	연간 ()개
	레진필링, 인레이/온레이	치아 1개당 ()만원	연간 ()개
	크라운	치아 1개당 ()만원	연간 ()개
혼합담보	아말감, 글래스아이노머, 레진필링, 인레이/온레이, 크라운	치료종류에 상관없이 치아 1개당 ()원	치료종류에 상관없이 연간 ()개
	레진필링, 인레이/온레이, 크라운	치료종류에 상관없이 치아 1개당 ()원	치료종류에 상관없이 연간 ()개

- ② 제1항의 질병(치아우식증 등 질환)은 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 치아우식 (K02)
 2. 치아경조직의 기타 질환 (K03)
 3. 치수 및 근단주위조직의 질환 (K04)
 4. 치은염 및 치주질환 (K05)
- ③ 제1항의 치아보존치료란 치과 의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치(자연치)에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 받는 경우를 말하며, 치료항목별 정의는 아래와 같습니다.

구분	치료항목	정의
충전 치료	아말감	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 구리, 주석, 은 등의 합금과 수은의 혼합체를 말합니다.
	글래스아이노머	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 산 부식처리가 필요 없는 화학접착으로 수복하는 재료를 말합니다.
	레진필링	치아 충전 또는 수복 재료 중 치과용 레진을 치아에 직접 수복하는 충전치료(치아의 손상된 부위를 원상회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료)를 말합니다. 심미성이 요구되고 교합력이 크게 작용하지 않는 치아 또는 손상부위가 작은 치아를 충전할 경우에 쓰입니다.

	인레이 /온레이	치아의 손상된 부위에 구강(입속) 외에서 본을 떠 금이나 도재 등의 재료로 구조물을 제작하고 시멘트를 사용하여 합착하는 간접적으로 충전 치료하는 방법을 말합니다.
크라운 치료	크라운	임상적 치관(머리 부분)의 모든 면을 금이나 세라믹 등의 충전물로 덮어 치아의 형태와 기능을 재생시켜주는 치료를 말합니다.

- ④ 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.
- ⑤ 회사는 제4항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.
- ⑥ 보험증권에 자기부담금이 약정된 경우에는 자기부담금을 초과하여 치아보존치료비가 발생하는 경우에 한하여 보험가입금액을 지급하여 드립니다.
- ⑦ 피보험자가 동일한 질병 또는 상해로 복합 형태의 치아보존치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장높은 가입금액의 한 가지 치료항목 보험금만을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 동일한 질병 또는 상해로 1개의 치아에 2회 이상의 치아보존치료를 받은 경우에는 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 치아보존치료를 개시한 경우에는 새로운 치료로 봅니다.
- ⑨ 이미 치아보존치료를 받은 영구치에 대하여 새로운 질병 또는 상해를 직접적인 원인으로 치아보존치료를 한 경우에도 해당 치아보존치료 보험금을 지급합니다.
- ⑩ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 보장개시일 이후에 치아보존치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관 보험기간 만료 후 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내에 치아보존치료를 받은 경우에는 보상하여 드립니다. 다만, 회사는 제1항에 따라 보험증권에 기재된 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

- 1. 교정을 위하여 영구치를 발거하는 경우
- 2. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
- 3. 제3대구치(사랑니)의 치료, 치열교정준비, 치과치료를 위한 임시 치과치료, 라미네이트 등 미용 상의 치료
- 4. 치아우식증 및 치주질환 등의 예방목적으로 건강한 치아에 행하여지는 예방목적의 치아보존치료(불소도포, 실란트 등)
- 5. 한국표준질병·사인분류의 아래의 원인으로 치료받은 경우

분류코드	내역
K00	치아의 발육 및 맹출 장애
K01	매몰치 및 매복치
K06	잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애
K07	치아열골이상(부정교합포함)
K08	치아 및 지지구조의 기타 장애

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.



※ 용어의 정의


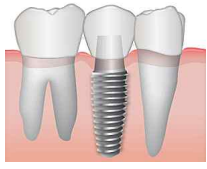
용어	정의
영구치	유치(젓니)가 빠진 후 나는 자연 치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형 치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
영구치발거	의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.
치아수복물	레진필링, 인레이/온레이, 크라운 등 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.
치아우식증 (충치)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 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.
치주질환 (잇몸질환)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환(잇몸질환)은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

치아보철치료비 | 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병(치아우식증, 치주질환) 또는 상해로 인하여 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant) 치료(이하 「치아보철치료」라 합니다)를 받은 경우에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.
- ② 회사는 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 해당 질병(치아우식증, 치주질환)으로 진단 또는 치료를 받은 경우에도 해당 질병(치아우식증, 치주질환)이 완치된 후 이 특별약관의 보장개시일 이후에 동일 치아에 새로운 질병(치아우식증, 치주질환)으로 진단확정되어 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항의 질병(치아우식증, 치주질환)은 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 치아우식 (K02)
 2. 치수 및 근단주위조직의 질환 (K04)
 3. 치은염 및 치주질환 (K05)
- ④ 제1항에서 치아보철치료의 정의는 아래와 같습니다.

구분	치료항목	정의
치아 보철 치료	가철성의치 (틀니, Denture)	<p>일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때, 환자가 임의대로 구강(입속) 내에서 빼고 낄 수 있는 인공보철물을 장착하는 시술로, 크게 국소의치와 총의치로 나눌 수 있습니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 금관, 지대치 혹은 다른 고정성 가공의치(Bridge) 및 점막에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며, 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위조직을 대신하는 인공 보철물을 말합니다.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p><국소의치></p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p><총의치></p>  </div> </div>
	고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강(입속) 내에 영구적

구분	치료항목	정의
		<p>되는 인공 보철물을 말합니다.</p> <p style="text-align: center;"><브릿지></p> 
	<p style="text-align: center;">임플란트 (Implant)</p>	<p>점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강(입속) 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삼입하는 치료를 말합니다.</p> <p style="text-align: center;"><임플란트></p> 

- ⑤ 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.
- ⑦ 보험증권에 자기부담금이 약정된 경우에는 자기부담금을 초과하여 치아보철치료비가 발생하는 경우에 한하여 보험가입금액을 지급하여 드립니다.
- ⑧ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 보장개시일 이후에 치아보철치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관 보험기간 만료 후 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내에 치아보철치료를 받은 경우에는 보상하여 드립니다. 다만, 회사는 제1항에 따라 보험증권에 기재된 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 매복치, 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)의 치료, 치열교정준비, 라미네이트 등 미용 상의 치료

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어의 정의

용어	정의
영구치	유치(젓니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다.
영구치발거	치아가 뿌리까지 손상되어 어떠한 치료를 하더라도 치아의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발거한 경우를 말합니다.
치아우식증 (충치)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 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.
치주질환 (잇몸질환)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환(잇몸질환)은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

치아보철치료비 II 특별약관




제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병(치아우식증, 치주질환) 또는 상해로 인하여 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant) 치료(이하 「치아보철치료」라 합니다)를 받은 경우에는 보험증권에 기재된 치료항목별로 아래와 같이 치아보철치료 보험금을 지급하여 드립니다.

치료항목	치아보철치료 보험금	보장한도
가철성의치 (틀니, Denture)	보철물당 ()원	연간 ()개
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치발거 1개당 ()원	연간 ()개
임플란트(Implant)	영구치발거 1개당 ()원	연간 ()개

- ② 회사는 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 해당 질병(치아우식증, 치주질환)으로 진단 또는 치료를 받은 경우에도 해당 질병(치아우식증, 치주질환)이 완치된 후 이 특별약관의 보장개시일 이후에 동일 치아에 새로운 질병(치아우식증, 치주질환)으로 진단확정되어 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항의 질병(치아우식증, 치주질환)은 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 치아우식 (K02)
 2. 치수 및 근단주위조직의 질환 (K04)
 3. 치은염 및 치주질환 (K05)
- ④ 제1항에서 치아보철치료의 정의는 아래와 같습니다.

구분	치료항목	정의
치아보철치료	가철성의치 (틀니, Denture)	일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때, 환자가 임의대로 구강(입속) 내에서 빼고 끼 수 있는 인공보철물을 장착하는 시술로, 크게 국소의치와 총의치로 나눌 수 있습니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 금관, 지대치 혹은 다른 고정성 가공의치(Bridge) 및 점막에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며, 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위조직을 대신하는 인공 보철물을 말합니다.

구분	치료항목	정의
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p><국소의치></p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p><총의치></p>  </div> </div>
	고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	<p>치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강(입속) 내에 영구접착 되는 인공 보철물을 말합니다.</p> <div style="text-align: center;"> <p><브릿지></p>  </div>
	임플란트 (Implant)	<p>점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강(입속) 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.</p> <div style="text-align: center;"> <p><임플란트></p>  </div>

- ⑤ 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.
- ⑦ 보험증권에 자기부담금이 약정된 경우에는 자기부담금을 초과하여 치아보철치료비가 발생하는 경우에 한하여 보험가입금액을 지급하여 드립니다.
- ⑧ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 보장개시일 이후에 치아보철치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관 보험기간 만료 후 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내에 치아보철치료를 받은 경우에는 보상하여 드립니다. 다만, 회사는 제1항에 따라 보험증권에 기재된 치료항목별 보장한도내에서 보험금을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 매복치, 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)의 치료, 치열교정준비, 라미네이트 등 미용상의 치료

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어의 정의

용어	정의
영구치	유치(젓니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다.
영구치발거	치아가 뿌리까지 손상되어 어떠한 치료를 하더라도 치아의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발거한 경우를 말합니다.
치아우식증 (충치)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 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.
치주질환 (잇몸질환)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환(잇몸질환)은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

치아보철치료비(단체) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 단체(단체계약 특별약관 제1조(계약의 적용 범위) 제1항에서 정한 단체를 말합니다) 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병(치아우식증, 치주질환) 또는 상해로 인하여 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 발거를 진단확정 받고 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant) 치료(이하 「치아보철치료」라 합니다)를 받은 경우에는 아래와 같이 치아보철치료 보험금을 지급하여 드립니다.




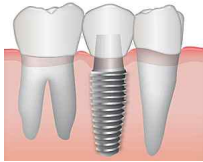
구분	치료항목	치아보철치료 보험금	보장한도
개별담보	가철성의치 (틀니, Denture)	보철물당 ()원	연간 ()개
	고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치발거 1개당 ()원	연간 ()개
	임플란트(Implant)	영구치발거 1개당 ()원	연간 ()개
혼합담보	가철성의치 (틀니, Denture), 고정성가공의치 (브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)	보철물당 또는 영구치발거 1개당 ()원	종류에 상관없이 연간 ()개

- ② 제1항의 질병(치아우식증, 치주질환)은 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 치아우식 (K02)
2. 치수 및 근단주위조직의 질환 (K04)
3. 치은염 및 치주질환 (K05)

- ③ 제1항에서 치아보철치료의 정의는 아래와 같습니다.

구분	치료항목	정의
치아보철치료	가철성의치 (틀니, Denture)	일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때, 환자가 임의대로 구강(입속) 내에서 빼고 낄 수 있는 인공보철물을 장착하는 시술로, 크게 국소의치와 총의치로 나눌 수 있습니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 금관, 지대치 혹은 다른 고정성 가공의치(Bridge) 및 점막에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며, 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위조직을 대신하는 인공 보철물을 말합니다.

구분	치료항목	정의
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p data-bbox="675 309 815 338"><국소의치></p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p data-bbox="1015 309 1129 338"><총의치></p>  </div> </div>
	<p data-bbox="408 741 600 808">고정성가공의치 (브릿지, Bridge)</p>	<p data-bbox="635 555 1358 725">치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강(입속) 내에 영구 접착 되는 인공 보철물을 말합니다.</p> <div style="text-align: center;"> <p data-bbox="754 763 871 792"><브릿지></p>  </div>
	<p data-bbox="448 1137 560 1205">임플란트 (Implant)</p>	<p data-bbox="635 992 1358 1093">점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강(입속) 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.</p> <div style="text-align: center;"> <p data-bbox="647 1133 791 1162"><임플란트></p>  </div>

- ④ 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.
- ⑤ 회사는 제4항의 보험 기간중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.
- ⑥ 보험증권에 자기부담금이 약정된 경우에는 자기부담금을 초과하여 치아보철치료비가 발생하는 경우에 한하여 보험가입금액을 지급하여 드립니다.
- ⑦ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 보장개시일 이후에 치아보철치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관 보험기간 만료 후 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내에 치아보철치료를 받은 경우에는 보상하여 드립니다. 다만, 회사는 제1항에 따라 보험증권에 기재된 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 교정을 위하여 영구치를 발거하는 경우
2. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
3. 제3대구치(사랑니)의 치료, 치열교정준비, 치과치료를 위한 임시 치과치료, 라미네이트 등 미용 상의 치료
4. 치아우식증 및 치주질환 등의 예방목적으로 건강한 치아에 행하여지는 예방목적의 치아 보존치료(불소도포, 실란트 등)
5. 한국표준질병·사인분류의 아래의 원인으로 치료받은 경우

분류코드	내역
K00	치아의 발육 및 맹출 장애
K01	매몰치 및 매복치
K03	치아경조직의 기타 질환
K06	잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애
K07	치아얼굴이상(부정교합포함)
K08	치아 및 지지구조의 기타 장애

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어의 정의

용어	정의
영구치	유치(젓니)가 빠진 후 나는 자연 치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형 치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
영구치발거	의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.
치아우식증 (충치)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 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.
치주질환 (잇몸질환)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환(잇몸질환)은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

치아보철치료비(단체) II 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 단체(단체계약 특별약관 제1조(계약의 적용 범위) 제1항에서 정한 단체를 말합니다) 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병(치아우식증 등 질환) 또는 상해로 인하여 치과 의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 발거를 진단확정 받고 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant) 치료(이하 「치아보철치료」라 합니다)를 받은 경우에는 아래와 같이 치아보철치료 보험금을 지급하여 드립니다.

구분	치료항목	치아보철치료 보험금	보장한도
개별담보	가철성의치 (틀니, Denture)	보철물당 ()원	연간 ()개
	고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치발거 1개당 ()원	연간 ()개
	임플란트(Implant)	영구치발거 1개당 ()원	연간 ()개
혼합담보	가철성의치 (틀니, Denture), 고정성가공의치 (브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)	보철물당 또는 영구치발거 1개당 ()원	종류에 상관없이 연간 ()개

- ② 제1항의 질병(치아우식증 등 질환)은 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 치아우식 (K02)
 2. 치아경조직의 기타 질환 (K03)
 3. 치수 및 근단주위조직의 질환 (K04)
 4. 치은염 및 치주질환 (K05)
- ③ 제1항에서 치아보철치료의 정의는 아래와 같습니다.
- ④ 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.
- ⑤ 회사는 제4항의 보험 기간중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.
- ⑥ 보험증권에 자기부담금이 약정된 경우에는 자기부담금을 초과하여 치아보철치료비가 발생하는 경우에 한하여 보험가입금액을 지급하여 드립니다.
- ⑦ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 보장개시일 이후에 치아보철치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관 보험기간 만료 후 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내에 치아보철치료를 받은 경우에는 보상하여 드립니다. 다만, 회사는 제1항에 따라 보험증권에 기재된 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 교정을 위하여 영구치를 발거하는 경우
2. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
3. 제3대구치(사랑니)의 치료, 치열교정준비, 치과치료를 위한 임시 치과치료, 라미네이트 등 미용 상의 치료
4. 치아우식증 및 치주질환 등의 예방목적으로 건강한 치아에 행하여지는 예방목적의 치아 보존치료(불소도포, 실란트 등)
5. 한국표준질병·사인분류의 아래의 원인으로 치료받은 경우

분류코드	내역
K00	치아의 발육 및 맹출 장애
K01	매몰치 및 매복치
K06	잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애
K07	치아열골이상(부정교합포함)
K08	치아 및 지지구조의 기타 장애

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어의 정의

용어	정의
영구치	유치(젓니)가 빠진 후 나는 자연 치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式))에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형 치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
영구치발거	의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.
치아우식증(충치)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 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.
치주질환(잇몸질환)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환(잇몸질환)은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

치주질환치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 보장개시일 이후에 삼분악에 대하여 치주질환으로 진단확정되고 천치주낭형성(pocket depth 4 or 5 mm, P1) 및 심치주낭형성(pocket depth over 6 mm, P2)으로 치과의사 면허를 가진 자에게 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 치료(이하 “치주질환치료”라 합니다.)를 받은 경우에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 삼분악단 위당 각 1회에 한하여 지급하여 드립니다.
- ② 회사는 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 해당 질병(치주질환)으로 진단 또는 치료를 받은 경우에도 해당 질병(치주질환)이 완치된 후 이 특별약관의 보장개시일 이후에 동일 치아에 새로운 질병(치주질환)으로 진단확정되어 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.
- ④ 회사는 제3항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.
- ⑤ 보험증권에 자기부담금이 약정된 경우에는 자기부담금을 초과하여 치주질환치료비가 발생하는 경우에 한하여 보험가입금액을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 라미네이트 등 미용 상의 치료

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어의 정의

용어	정의
치주질환 (잇몸질환)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환(잇몸질환)은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와

용어	정의
	치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.
삼분악	치아전체를 상악(윗니), 하악(아랫니)를 각 좌측구치부, 우측구치부, 전치부로 3구역으로 나눈 단위로써 1인당 6개의 삼분악을 가집니다. 전치부란 송곳니와 반대 송곳니 부분에 해당하는 앞니(송곳니 포함)에 해당하며, 구치부는 전치부 이외의 어금니 치아부분에 해당합니다.

치아발거(상해,질병) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보장개시일 이후에 질병(치아우식증, 치주질환) 또는 상해로 인하여 치과 의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 경우에 보험증권에 기재된 보험가입금액을 지급하여 드립니다.
- ② 회사는 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 해당 질병(치아우식증, 치주질환)으로 진단 또는 치료를 받은 경우에도 해당 질병(치아우식증, 치주질환)이 완치된 후 이 특별약관의 보장개시일 이후에 동일 치아에 새로운 질병(치아우식증, 치주질환)으로 진단확정되어 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항의 질병(치아우식증, 치주질환)은 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 치아우식 (K02)
 2. 치수 및 근단주위조직의 질환 (K04)
 3. 치은염 및 치주질환 (K05)
- ④ 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.
- ⑤ 회사는 제4항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 제3대구치(사랑니)를 발거하는 경우
2. 교정 및 위치이상 : 교정치료를 위하여 발거하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위하여 발거한 경우
3. 맹출장애 : 부분 매복되거나, 완전 매복되어 발거한 경우

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어의 정의

용 어	정 의
-----	-----

영구치	유치(젓니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다.
영구치발거	치아가 뿌리까지 손상되어 어떠한 치료를 하더라도 치아의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발거한 경우를 말합니다.
치아우식증 (충치)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 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.
치주질환 (잇몸질환)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환(잇몸질환)은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

치아발거(상해,질병)_3개한도 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보장개시일 이후에 질병(치아우식증, 치주질환) 또는 상해로 인하여 치과 의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거(영구치 3개한도)한 경우에 보험증권에 기재된 보험가입금액을 지급하여 드립니다.
- ② 회사는 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 해당 질병(치아우식증, 치주질환)으로 진단 또는 치료를 받은 경우에도 해당 질병(치아우식증, 치주질환)이 완치된 후 이 특별약관의 보장개시일 이후에 동일 치아에 새로운 질병(치아우식증, 치주질환)으로 진단확정되어 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항의 질병(치아우식증, 치주질환)은 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 치아우식 (K02)
 2. 치수 및 근단주위조직의 질환 (K04)
 3. 치은염 및 치주질환 (K05)
- ④ 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.
- ⑤ 회사는 제4항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 제3대구치(사랑니)를 발거하는 경우
2. 교정 및 위치이상 : 교정치료를 위하여 발거하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위하여 발거한 경우
3. 맹출장애 : 부분 매복되거나, 완전 매복되어 발거한 경우

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어의 정의

용 어	정 의
영구치	유치(젓니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다.
영구치발거	치아가 뿌리까지 손상되어 어떠한 치료를 하더라도 치아의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발거한 경우를 말합니다.
치아우식증 (충치)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 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.
치주질환 (잇몸질환)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환(잇몸질환)은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

치아발거(상해) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보장개시일 이후에 상해로 인하여 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치발거를 진단확정 받고 해당 영구치를 발거한 경우에 보험증권에 기재된 보험가입금액을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.
- ③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
 1. 제3대구치(사랑니)를 발거하는 경우
 2. 교정 및 위치이상 : 교정치료를 위하여 발거하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위하여 발거한 경우
 3. 맹출장애 : 부분 매복되거나, 완전 매복되어 발거한 경우
 4. 질병(치아우식증, 치주질환)으로 인하여 영구치를 발거한 경우
- ② 제1항 제4호의 질병(치아우식증, 치주질환)은 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 치아우식 (K02)
 2. 치수 및 근단주위조직의 질환 (K04)
 3. 치은염 및 치주질환 (K05)

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어의 정의

용 어	정 의
영구치	유치(젓니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다.
영구치발거	치아가 뿌리까지 손상되어 어떠한 치료를 하더라도 치아의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발거한 경우를 말합니다.

용 어	정 의
치아우식증 (충치)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 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.
치주질환 (잇몸질환)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환(잇몸질환)은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

치아발거(상해)_3개한도 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보장개시일 이후에 상해로 인하여 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치발거를 진단확정 받고 해당 영구치를 발거(영구치 3개한도)한 경우에 보험증권에 기재된 보험가입금액을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.
- ③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
 1. 제3대구치(사랑니)를 발거하는 경우
 2. 교정 및 위치이상 : 교정치료를 위하여 발거하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위하여 발거한 경우
 3. 맹출장애 : 부분 매복되거나, 완전 매복되어 발거한 경우
 4. 질병(치아우식증, 치주질환)으로 인하여 영구치를 발거한 경우
- ② 제1항 제4호의 질병(치아우식증, 치주질환)은 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 치아우식 (K02)
 2. 치수 및 근단주위조직의 질환 (K04)
 3. 치은염 및 치주질환 (K05)

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어의 정의

용 어	정 의
영구치	유치(젓니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다.
영구치발거	치아가 뿌리까지 손상되어 어떠한 치료를 하더라도 치아의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발거한 경우를 말합니

용 어	정 의
치아우식증 (충치)	다. 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 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.
치주질환 (잇몸질환)	한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환(잇몸질환)은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

8. 소득보상금 및 위로금담보등 기타 비용담보

일반상해 소득보상금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률이 50%이상 해당하는 장해상태가 되었을 때 아래의 소득보상금을 일시금으로 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

지급사유	소득보상금
100% 후유장해	보험가입금액의 100%
80%이상 100%미만 후유장해	보험가입금액의 70%
50%이상 80%미만 후유장해	보험가입금액의 35%

- ② 제1항의 피보험자의 장해판단기준 및 적용방법은 보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 규정을 준용합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통상해 소득보상금 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에서 정한 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률이 50%이상 해당하는 장해상태가 되었을 때 아래의 소득보상금을 일시금으로 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

지 급 사 유	소득보상금
100% 후유장해	보험가입금액의 100%
80%이상 100%미만 후유장해	보험가입금액의 70%
50%이상 80%미만 후유장해	보험가입금액의 35%

1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 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 제1항의 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 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 경우는 교통 수단으로 보지 않습니다.)
- ③ 제1항의 피보험자의 장해판단기준 및 적용방법은 보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 규정을 준용합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴업손해장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사고일로부터 90일 이내에 완전하고도 계속적으로 무능력하게 되어 직무에 종사할 수 없게 되었을 경우에는 그 기간에 대해 52주를 한도로 이 특별약관의 보험가입금액(일당)을 정기적(주급)으로 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 무능력상태가 된 후 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 사고일로부터 52주를 한도로 보험금을 보상하여 드립니다.
- ③ 피보험자가 입은 상해가 다음 지급률표의 항목에 해당하는 경우로서 피보험자가 본항에서 정한 일시금으로 지급받을 것을 사고일로부터 30일 이내에 서면으로 회사에 통지할 경우에는 피보험자는 제1항 또는 제2항의 보험금 대신에 다음 지급률표에 의한 일시금을 지급받을 수 있습니다. 다만, 동일사고로 여러 부위에 상해를 입은 경우에는 지급금액이 가장 높은 1개 항목만을 지급합니다.

- 지급률표 -

보험금 주급액이 70,000원인 경우(보험가입금액이 10,000원인 경우)의 일시금은 다음과 같으며 보험금 주급액이 70,000원을 초과하거나 그 미만인 경우에는 비례계산에 따라 지급합니다.

가. 제거에 의한 상실

한 개 이상의 지골(趾骨) -----	560,000원
한 개 이상의 지골(指骨) -----	420,000원
(또는 최소한 한 개 이상의 지지골(指趾骨))	

나. 관절의 완전탈골

엉덩이 -----	840,000원
무릎(슬개골 제외) -----	420,000원
족골(지골(趾骨) 제외) -----	420,000원
발목 -----	420,000원
손목 -----	378,000원
팔꿈치 -----	280,000원
어깨 -----	210,000원
한 개 이상의 지골(趾骨) 또는 지골(指骨)-----	70,000원

다. 완전골절

두개골(머리뼈) -----	910,000원
대퇴부 -----	840,000원

상박(팔꿈치와 어깨사이) -----	840,000원
골반 -----	700,000원
어깨뼈 -----	560,000원
다리 -----	560,000원
슬개골 -----	560,000원
쇄골(빗장뼈) -----	420,000원
전박(손목과 팔꿈치사이) -----	420,000원
족(지골(趾骨) 제외) -----	350,000원
손(손가락 제외) -----	350,000원
아래턱(치조돌기 제외) -----	210,000원
한 개 이상의 늑골(갈비뼈, 肋骨), 지골(指骨) 또는 지골(趾骨) -----	140,000원

④ 피보험자가 보험금을 받는 기간 중 다시 보험금을 지급 받을 수 있는 상해를 입었을지라도 회사는 보험금을 중복하여 드리지 않습니다.

제2조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(보험금의 청구)의 구비서류 및 다음 서류를 제출하여야 합니다.

1. 근로자의 경우 근무하고 있는 회사에서 발급한 휴직계, 휴직사실 증명서 및 근로내용확인서 등 이와 유사한 서류
2. 근로자가 아닌 경우 휴업사실증명원 등 휴업사실을 입증할 수 있는 서류

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무중 휴업손해장해(출·퇴근 포함) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 업무중(출·퇴근은 업무중으로 봅니다)에 상해의 직접결과로써 사고일로부터 90일이내에 완전하고도 계속적으로 무능력하게 되어 직무에 종사할 수 없게 되었을 경우에는 그 기간에 대해 52주를 한도로 이 특별약관의 보험가입금액을 정기적(주급)으로 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 무능력상태가 된 후 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 사고일로부터 52주를 한도로 보험금을 보상하여 드립니다.
- ③ 피보험자가 입은 상해가 다음 지급률표의 항목에 해당하는 경우로서 피보험자가 본항에서 정한 일시금으로 지급받을 것을 사고일로부터 30일이내에 서면으로 회사에 통지할 경우에는 피보험자는 제1항 또는 제2항의 보험금 대신에 다음 지급률표에 의한 일시금을 지급받을 수 있습니다. 다만, 동일사고로 여러 부위에 상해를 입은 경우에는 지급금액이 가장 높은 1개 항목만을 지급합니다.

- 지급률표 -

보험금 주급액이 70,000원인 경우(보험가입금액이 10,000원인 경우)의 일시금은 다음과 같으며 보험금 주급액이 70,000원을 초과하거나 그 미만인 경우에는 비례계산에 따라 지급합니다.

가. 제거에 의한 상실

한 개 이상의 지골(趾骨) -----	560,000원
한 개 이상의 지골(指骨) -----	420,000원
(또는 최소한 한 개 이상의 지지골(指趾骨))	

나. 관절의 완전탈골

엉덩이 -----	840,000원
무릎(슬개골 제외) -----	420,000원
족골(지골(趾骨) 제외) -----	420,000원
발목 -----	420,000원
손목 -----	378,000원
팔꿈치 -----	280,000원
어깨 -----	210,000원
한 개 이상의 지골(趾骨) 또는 지골(指骨)-----	70,000원

다. 완전골절

두개골(머리뼈) -----	910,000원
대퇴부 -----	840,000원
상박(팔꿈치와 어깨사이) -----	840,000원
골반 -----	700,000원
어깨뼈 -----	560,000원
다리 -----	560,000원
슬개골 -----	560,000원
쇄골(빗장뼈) -----	420,000원
전박(손목과 팔꿈치사이) -----	420,000원
족(지골(趾骨) 제외) -----	350,000원
손(손가락 제외) -----	350,000원
아래턱(치조돌기 제외) -----	210,000원
한 개 이상의 늑골(갈비뼈, 肋骨), 지골(指骨) 또는 지골(趾骨) -----	140,000원

④ 피보험자가 보험금을 받는 기간 중 다시 보험금을 지급 받을 수 있는 상해를 입었을지라도 회사는 보험금을 중복하여 드리지 않습니다.

제2조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(보험금의 청구)의 구비서류 및 다음 서류를 제출하여야 합니다.

1. 근로자의 경우 근무하고 있는 회사에서 발급한 휴직계, 휴직사실 증명서 및 근로내용확인서 등 이와 유사한 서류
2. 근로자가 아닌 경우 휴업사실증명원 등 휴업사실을 입증할 수 있는 서류

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무외 휴업손해장해(출·퇴근 포함) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 업무외(출·퇴근은 업무외로 봅니다.)에 상해의 직접결과로써 사고일로부터 90일이내에 완전하고도 계속적으로 무능력하게 되어 직무에 종사할 수 없게 되었을 경우에는 그 기간에 대해 52주를 한도로 이 특별약관의 보험가입금액을 정기적(주급)으로 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 무능력상태가 된 후 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 사고일로부터 52주를 한도로 보험금을 보상하여 드립니다.
- ③ 피보험자가 입은 상해가 다음 지급률표의 항목에 해당하는 경우로서 피보험자가 본항에서 정한 일시금으로 지급받을 것을 사고일로부터 30일이내에 서면으로 회사에 통지할 경우에는 피보험자는 제1항 또는 제2항의 보험금 대신에 다음 지급률표에 의한 일시금을 지급받을 수 있습니다. 다만, 동일사고로 여러 부위에 상해를 입은 경우에는 지급금액이 가장 높은 1개 항목만을 지급합니다.

- 지급률표 -

보험금 주급액이 70,000원인 경우(보험가입금액이 10,000원인 경우)의 일시금은 다음과 같으며 보험금 주급액이 70,000원을 초과하거나 그 미만인 경우에는 비례계산에 따라 지급합니다.

가. 제거에 의한 상실

한 개 이상의 지골(趾骨) -----	560,000원
한 개 이상의 지골(指骨) -----	420,000원
(또는 최소한 한 개 이상의 지지골(指趾骨))	

나. 관절의 완전탈골

엉덩이 -----	840,000원
무릎(슬개골 제외) -----	420,000원
족골(지골(趾骨) 제외) -----	420,000원
발목 -----	420,000원
손목 -----	378,000원
팔꿈치 -----	280,000원
어깨 -----	210,000원
한 개 이상의 지골(趾骨) 또는 지골(指骨) -----	70,000원

다. 완전골절

두개골(머리뼈) -----	910,000원
대퇴부 -----	840,000원
상박(팔꿈치와 어깨사이) -----	840,000원
골반 -----	700,000원
어깨뼈 -----	560,000원
다리 -----	560,000원
슬개골 -----	560,000원
쇄골(빗장뼈) -----	420,000원
전박(손목과 팔꿈치사이) -----	420,000원
족(지골(趾骨) 제외) -----	350,000원
손(손가락 제외) -----	350,000원
아래턱(치조돌기 제외) -----	210,000원
한 개 이상의 늑골(갈비뼈, 肋骨), 지골(指骨) 또는 지골(趾骨) -----	140,000원

④ 피보험자가 보험금을 받는 기간 중 다시 보험금을 지급 받을 수 있는 상해를 입었을지라도 회사는 보험금을 중복하여 드리지 않습니다.

제2조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(보험금의 청구)의 구비서류 및 다음 서류를 제출하여야 합니다.

1. 근로자의 경우 근무하고 있는 회사에서 발급한 휴직계, 휴직사실 증명서 및 근로내용확인서 등 이와 유사한 서류
2. 근로자가 아닌 경우 휴업사실증명원 등 휴업사실을 입증할 수 있는 서류

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무외 휴업손해장해(출·퇴근 제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 업무외(출·퇴근은 제외합니다.)에 상해의 직접결과로써 사고일부터 90일이내에 완전하고도 계속적으로 무능력하게 되어 직무에 종사할 수 없게 되었을 경우에는 그 기간에 대해 52주를 한도로 이 특별약관의 보험가입금액을 정기적(주급)으로 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 무능력상태가 된 후 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 사고일로부터 52주를 한도로 보험금을 보상하여 드립니다.
- ③ 피보험자가 입은 상해가 다음 지급률표의 항목에 해당하는 경우로서 피보험자가 본항에서 정한 일시금으로 지급받을 것을 사고일부터 30일이내에 서면으로 회사에 통지할 경우에는 피보험자는 제1항 또는 제2항의 보험금 대신에 다음 지급률표에 의한 일시금을 지급받을 수 있습니다. 다만, 동일사고로 여러 부위에 상해를 입은 경우에는 지급금액이 가장 높은 1개 항목만을 지급합니다.

- 지급률표 -

보험금 주급액이 70,000원인 경우(보험가입금액이 10,000원인 경우)의 일시금은 다음과 같으며 보험금 주급액이 70,000원을 초과하거나 그 미만인 경우에는 비례계산에 따라 지급합니다.

가. 제거에 의한 상실

한 개 이상의 지골(趾骨)	560,000원
한 개 이상의 지골(指骨)	420,000원
(또는 최소한 한 개 이상의 지지골(指趾骨))	

나. 관절의 완전탈골

엉덩이	840,000원
무릎(슬개골 제외)	420,000원
족골(지골(趾骨) 제외)	420,000원
발목	420,000원
손목	378,000원
팔꿈치	280,000원
어깨	210,000원
한 개 이상의 지골(趾骨) 또는 지골(指骨)	70,000원

다. 완전골절

두개골(머리뼈) -----	910,000원
대퇴부 -----	840,000원
상박(팔꿈치와 어깨사이) -----	840,000원
골반 -----	700,000원
어깨뼈 -----	560,000원
다리 -----	560,000원
슬개골 -----	560,000원
쇄골(빗장뼈) -----	420,000원
전박(손목과 팔꿈치사이) -----	420,000원
족(지골(趾骨) 제외) -----	350,000원
손(손가락 제외) -----	350,000원
아래턱(치조돌기 제외) -----	210,000원
한 개 이상의 늑골(갈비뼈, 肋骨), 지골(指骨) 또는 지골(趾骨) -----	140,000원

④ 피보험자가 보험금을 받는 기간 중 다시 보험금을 지급 받을 수 있는 상해를 입었을지라도 회사는 보험금을 중복하여 드리지 않습니다.

제2조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(보험금의 청구)의 구비서류 및 다음 서류를 제출하여야 합니다.

1. 근로자의 경우 근무하고 있는 회사에서 발급한 휴직계, 휴직사실 증명서 및 근로내용확인서 등 이와 유사한 서류
2. 근로자가 아닌 경우 휴업사실증명원 등 휴업사실을 입증할 수 있는 서류

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

미성년자 유괴·인신매매 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 미성년자(만 19세 미만)인 피보험자 (이하 「피보험자」라 합니다)가 보험기간 중에 약취와 유인의 죄(형법 제 31장의 제287조, 제288조, 제289조, 제290조, 제291조)의 범위에 의하여 피해자가 된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 피보험자가 원인이 불명확한 실종 및 행방불명된 경우로 생긴 손해는 보장하여 드리지 않습니다.

제3조(손해발생의 통지 및 보험금 청구시 구비서류)

- ① 보험계약자는 사고가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알리고 아래의 서류를 빠른 시일 안에 제출하여야 합니다.
 1. 유괴·인신매매 신고 확인원(관할 경찰서장 발행)
 2. 그 밖에 필요한 증거자료
- ② 회사는 필요한 경우에는 계약자 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족 등을 대상으로 사고 상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

미아찾기 지원금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 미아상태에 놓이게 되어 관할경찰서에 신고한 시점부터 1개월이 경과한 시점까지 미아상태가 계속된 경우 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 미아상태라 함은 길을 잃음 등으로 현재 보호되는 상태에서 벗어나 돌아올 수 없는 상태를 말하며 유괴, 납치로 인한 실종은 제외합니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 계약시점에서 만8세 이하의 어린이에 한합니다.

제3조(미아찾기 지원금)

회사는 피보험자가 미아상태가 미아 신고후 1개월이상 계속될 경우 이 특별약관 보험가입 금액 전액을 미아찾기 지원금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다. 또는 미아상태가 미아 신고후 3개월이상 계속될 경우 이 특별약관 보험가입금액의 2배에 해당하는 금액을 추가로 지급합니다.

제4조(보상하지 않는 손해)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 단순가출로 행방이 불명한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

청소년유괴,납치,인질 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 대한민국내에서 타인에 의해 유괴, 납치, 불법감금 등으로 억류상태에 놓이게 되어 관할행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 경과한 시점까지 구출 또는 억류해제되지 않은 경우, 사고발생 사실을 관할행정기관에 신고한 시점부터 피보험자가 구출 또는 억류 해제되거나 사망사실을 확인된 시점까지 보험증권에 기재된 보험가입금액을 90일 한도로 보험수표의자에게 지급하여 드립니다.
- ② 제1항에서 억류상태라 함은 아래와 같은 경우를 말합니다.
 1. 신체적으로 직접 구속하여 장소적으로 일정한 구획 밖으로 나가지 못하게 하는 것
 2. 기만 또는 유혹의 수단이나 폭행 또는 협박을 수단으로 하여 현재 보호되고 있는 상태에서 벗어나게 하여 자기 또는 제3자의 실력지배하에 두는 것
- ③ 제1항의 사고발생에 대해서는 관할행정기관에 신고 접수한 시점부터 1년 이내에 관할 행정기관에 의해 유괴, 납치, 불법감금으로 판명되어야 사고로 인정합니다. 다만, 단순한 가출이나 실종으로 행방이 불명한 경우에는 보장하지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금 특별약관(동승자 포함)

제1조(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 호의 1에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 “형사합의금”이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. “중대법규위반 교통사고”로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. “일반교통사고”로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 경찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다)되거나, 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 제1항의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
1천만원	2천만원	3천만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

③ 제1항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서([별표6] 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

④ 제1항에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제2항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1항의 교통사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 교통사고 처리지원금을 직접 지급하는 경우 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(교통사고 처리지원금)에 상응하는 청구권을 보험수익자가 포기한 경우

⑦ 피보험자는 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 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 출금 확인서
 5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ⑧ 제7항에도 불구하고 제6항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
 2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
 3. 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
 4. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 5. 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있는 서류
 6. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ⑨ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) 각 호의 건설기계를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

<용어풀이>

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 피해자의 공탁금 출금 이전이라 하더라도 회사는 공탁금액의 50%에 해당하는 금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액의 50%를 한도로 가지급하여 보상하여 드립니다. 단, 피해자의 공탁금 출금 이후 잔여 공탁금은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 가지급한 보험금을 차감한 금액을 한도로 추가로 보상합니다.
- ② 피보험자가 향후 무죄 선고 등으로 공탁금을 회수하는 경우 피보험자는 지체없이 회사에 알리고 제1항의 가지급한 보험금을 반환하여야 합니다.
- ③ 제1항의 가지급한 보험금을 수령 후 지급일로부터 3년 이내에 잔여 공탁금을 청구하지 않을 경우, 회사는 보험금 지급사유가 발생하지 않은 것으로 보아 위 제1항에서 지급한 가지급 보험금에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 피해자 1인에 대한 진단기간은 추가진단기간을 합산한 최종진단기간을 기준으로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험

금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제4조(보험금의 비례분담)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임으로 지급합니다.
- 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 =
$\text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금 특별약관(동승자 제외)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(이하 「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호의 1에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 “형사합의금”이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

1. 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)를 사망하게 한 경우
2. “중대법규위반 교통사고”로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)가 42일(피해자 1인을 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 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다)되거나, 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 제1항의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
1천만원	2천만원	3천만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

③ 제1항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(〔별표6〕 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

④ 제1항에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제2항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1항의 교통사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 교통사고 처리지원금을 직접 지급하는 경우 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(교통사고 처리지원금)에 상응하는 청구권을 보험수익자가 포기한 경우

⑦ 피보험자는 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우 다음의 서류를 제출하여야

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
- ⑧ 제7항에도 불구하고 제6항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
 2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
 3. 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
 4. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 5. 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있는 서류
 6. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ⑨ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) 각 호의 건설기계를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

<용어풀이>

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 피해자의 공탁금 출급 이전이라 하더라도 회사는 공탁금액의 50%에 해당하는 금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액의 50%를 한도로 가지급하여 보상하여 드립니다. 단, 피해자의 공탁금 출급 이후 잔여 공탁금은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 가지급한 보험금을 차감한 금액을 한도로 추가로 보상합니다.
- ② 피보험자가 향후 무죄 선고 등으로 공탁금을 회수하는 경우 피보험자는 지체없이 회사에 알리고 제1항의 가지급한 보험금을 반환하여야 합니다.
- ③ 제1항의 가지급한 보험금을 수령 후 지급일로부터 3년 이내에 잔여 공탁금을 청구하지 않을 경우, 회사는 보험금 지급사유가 발생하지 않은 것으로 보아 위 제1항에서 지급한 가지급 보험금에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 피해자 1인에 대한 진단기간은 추가진단기간을 합산한 최종진단기간을 기준으로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제4조(보험금의 비례분담)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임으로 지급합니다.
- 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 =
$\text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금(이륜자동차포함) 특별약관(동승자 포함)

제1조(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 호의 1에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 “형사합의금”이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. “중대법규위반 교통사고”로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. “일반교통사고”로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다)되거나, 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 제1항의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
1천만원	2천만원	3천만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

③ 제1항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서([별표6] 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

④ 제1항에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제2항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1항의 교통사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 교통사고 처리지원금을 직접 지급하는 경우 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(교통사고 처리지원금)에 상응하는 청구권을 보험수익자가 포기한 경우

⑦ 피보험자는 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 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 출금 확인서
 5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ⑧ 제7항에도 불구하고 제6항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
 2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
 3. 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
 4. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 5. 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있는 서류
 6. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ⑨ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) 각 호의 건설기계를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

<용어풀이>

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 피해자의 공탁금 출금 이전이라 하더라도 회사는 공탁금액의 50%에 해당하는 금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액의 50%를 한도로 가지급하여 보상하여 드립니다. 단, 피해자의 공탁금 출금 이후 잔여 공탁금은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 가지급한 보험금을 차감한 금액을 한도로 추가로 보상합니다.
- ② 피보험자가 향후 무죄 선고 등으로 공탁금을 회수하는 경우 피보험자는 지체없이 회사에 알리고 제1항의 가지급한 보험금을 반환하여야 합니다.
- ③ 제1항의 가지급한 보험금을 수령 후 지급일로부터 3년 이내에 잔여 공탁금을 청구하지 않을 경우, 회사는 보험금 지급사유가 발생하지 않은 것으로 보아 위 제1항에서 지급한 가지급 보험금에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 피해자 1인에 대한 진단기간은 추가진단기간을 합산한 최종진단기간을 기준으로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는

보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 또는 제45조에 의한 악물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제4조(보험금의 비례분담)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임으로 지급합니다.
- 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.

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금(이륜자동차포함) 특별약관(동승자 제외)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(이하 「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호의 1에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 “형사합의금”이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

1. 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)를 사망하게 한 경우
2. “중대법규위반 교통사고”로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)가 42일(피해자 1인을 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 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다)되거나, 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 제1항의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
1천만원	2천만원	3천만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

③ 제1항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(〔별표6〕 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

④ 제1항에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제2항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1항의 교통사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 교통사고 처리지원금을 직접 지급하는 경우 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(교통사고 처리지원금)에 상응하는 청구권을 보험수익자가 포기한 경우

⑦ 피보험자는 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우 다음의 서류를 제출하여야

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
- ⑧ 제7항에도 불구하고 제6항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
 2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
 3. 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
 4. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 5. 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있는 서류
 6. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ⑨ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) 각 호의 건설기계를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

<용어풀이>

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 피해자의 공탁금 출급 이전이라 하더라도 회사는 공탁금액의 50%에 해당하는 금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액의 50%를 한도로 가지급하여 보상하여 드립니다. 단, 피해자의 공탁금 출급 이후 잔여 공탁금은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 가지급한 보험금을 차감한 금액을 한도로 추가로 보상합니다.
- ② 피보험자가 향후 무죄 선고 등으로 공탁금을 회수하는 경우 피보험자는 지체없이 회사에 알리고 제1항의 가지급한 보험금을 반환하여야 합니다.
- ③ 제1항의 가지급한 보험금을 수령 후 지급일로부터 3년 이내에 잔여 공탁금을 청구하지 않을 경우, 회사는 보험금 지급사유가 발생하지 않은 것으로 보아 위 제1항에서 지급한 가지급 보험금에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 피해자 1인에 대한 진단기간은 추가진단기간을 합산한 최종진단기간을 기준으로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제4조(보험금의 비례분담)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임으로 지급합니다.
- 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 =
$\text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금(이륜자동차전용) 특별약관(동승자 포함)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차(이륜자동차)를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호의 1에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 “형사합의금”이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. “중대법규위반 교통사고”로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. “일반교통사고”로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다)되거나, 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 제1항의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
1천만원	2천만원	3천만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

③ 제1항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표6】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

④ 제1항에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제2항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1항의 교통사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 교통사고 처리지원금을 직접 지급하는 경우 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(교통사고 처리지원금)에 상응하는 청구권을 보험수익자가 포기한 경우

⑦ 피보험자는 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 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 출금 확인서
 - 5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ⑧ 제7항에도 불구하고 제6항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
- 1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
 - 2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
 - 3. 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
 - 4. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 - 5. 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있는 서류
 - 6. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

<용어풀이>

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

- ⑨ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 피해자의 공탁금 출금 이전이라 하더라도 회사는 공탁금액의 50%에 해당하는 금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액의 50%를 한도로 가지급하여 보상하여 드립니다. 단, 피해자의 공탁금 출금 이후 잔여 공탁금은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 가지급한 보험금을 차감한 금액을 한도로 추가로 보상합니다.
- ② 피보험자가 향후 무죄 선고 등으로 공탁금을 회수하는 경우 피보험자는 지체없이 회사에 알리고 제1항의 가지급한 보험금을 반환하여야 합니다.
- ③ 제1항의 가지급한 보험금을 수령 후 지급일로부터 3년 이내에 잔여 공탁금을 청구하지 않을 경우, 회사는 보험금 지급사유가 발생하지 않은 것으로 보아 위 제1항에서 지급한 가지급 보험금에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 피해자 1인에 대한 진단기간은 추가진단기간을 합산한 최종진단기간을 기준으로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

- 1. 피보험자의 고의
- 2. 계약자의 고의
- 3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때

-
- 4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
 - 5. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제4조(보험금의 비례분담)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임으로 지급합니다.
- 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.

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차사고 변호사선임비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 『자동차 운전 중 교통사고』라 합니다)로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 아래의 어느 하나에 해당하는 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 “변호사선임비용”이라 합니다.)를 『1사고』마다 보험가입금액을 한도로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 구속영장에 의하여 구속된 경우
 2. 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다)된 경우
 3. 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판을 진행하게 된 경우
- ② 제1항의 약식기소라 함은 형사소송법 제448조(약식명령을 할 수 있는 사건)에 의해 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 과료 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항의 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) 각 호의 건설기계를 말합니다. 다만 건설기계가 작업기계로서만 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ④ 제1항의 『자동차를 운전하던 중』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 『1사고』라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며, 『1사고』로 항소심, 상소심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.
- ⑥ 제1항에서 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.

제2조(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 지급하여 드립니다.

-
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급하여 드립니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
 2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
 3. 피보험자가 도로교통법 제43조의 무면허상태(단, 면허시험장 내에서 면허시험중에 발생한 사고는 보상하여 드립니다), 도로교통법 제44조의 술에 취한 상태 또는 도로교통법 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
 4. 피보험자(자가용 운전자를 대상으로 합니다)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중에 발생한 사고

제3조(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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

벌금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 내 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 확정판결에 의하여 정해진 벌금액(보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.)을 1사고당 2,000만원을 한도로 보상합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)에 따른 벌금액(확정 판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함)이 확정된 경우에는 1사고당 3,000만원 한도로 지급합니다.
- ③ 제1항 내지 제2항의 벌금에 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 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1항의 자동차라함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) 각 호의 건설기계를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

【운전】 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말합니다.

【특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)】

자동차(원동기장치자전거를 포함한다)의 운전자가 도로교통법 제12조3항에 따른 어린이보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 교통사고처리 특례법 제3조1항의 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 1년이상 15년이하의 징역 또는 500만원 이상 3000만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제1항 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

-
3. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 또는 제45조에 의한 악물상
태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
 4. 피보험자(자가용 운전자를 대상으로 합니다)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중에 발
생한 사고

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고 변호사선임비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자전거사고(이하 『자전거 운전 중 교통사고』라 합니다)로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 아래의 어느 하나에 해당되는 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 “변호사선임비용”이라 합니다.)를 『1사고』마다 보험가입금액을 한도로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 구속영장에 의하여 구속된 경우
 2. 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다)된 경우
 3. 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판을 진행하게 된 경우
- ② 제1항의 약식기소라 함은 형사소송법 제448조(약식명령을 할 수 있는 사건)에 의해 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 과료 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항의 『자전거』라 함은 도로교통법 제2조(정의) 제20호 및 자전거이용 활성화에 관한 법률 제2조 제1호에서 정한 자전거를 말합니다.
- ④ 제1항의 『1사고』라 함은 하나의 자전거 운전 중 교통사고를 말하며, 『1사고』로 항소심, 상소심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제1항에서 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.

제2조(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 지급하여 드립니다.
 2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급하여 드립니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보

험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
 2. 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
 3. 피보험자가 자전거를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고를 일으킨 때

제3조(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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고 벌금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중 급격하고도 우연한 사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀인 경우 제외)의 신체에 상해를 입힘으로써 확정판결에 의하여 피보험자가 부담하는 벌금액(보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.)을 1사고당 보험증권에 기재된 금액을 한도로 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 벌금에 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 계약에 따른 보상책임액의 상기합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항의 자전거라 함은 도로교통법 제2조(정의) 제20호 및 자전거이용 활성화에 관한 법률 제2조 제1호에서 정한 자전거를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제1항 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

- ① 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ② 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ③ 피보험자가 자전거를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고를 일으킨 때

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고 교통사고처리지원금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자전거의 탑승자는 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다.)을 사망하게 한 경우 매사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액을 자전거교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 자전거라 함은 도로교통법 제2조(정의) 제20호 및 자전거이용 활성화에 관한 법률 제2조 제1호에서 정한 자전거를 말합니다.
- ③ 제1항의 자전거교통사고처리지원금은 피해자 1인당 3천만원을 한도로 합니다.
- ④ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제3항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1항의 교통사고 처리 지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
 1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
 2. 보험회사가 피해자에게 교통사고 처리지원금을 직접 지급하는 경우 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(교통사고 처리지원금)에 상응하는 청구권을 보험수익자가 포기한 경우
- ⑥ 피보험자는 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
 2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 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
- ⑦ 제6항에도 불구하고 제5항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
 2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
 3. 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
 4. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 5. 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있는 서류
 6. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 피해자의 공탁금 출급 이전이라 하더라도 회사는 공탁금액의 50%에 해당하는 금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 금액의 50%를 한도로 가지급하여 보상하여 드립니다. 단, 피해자의 공탁금 출급 이후 잔여 공탁금은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 가지급한 보험금을 차감한 금액을 한도로 추가로 보상합니다.
- ② 피보험자가 향후 무죄 선고 등으로 공탁금을 회수하는 경우 피보험자는 지체없이 회사에 알리고 제1항의 가지급한 보험금을 반환하여야 합니다.
- ③ 제1항의 가지급한 보험금을 수령 후 지급일로부터 3년 이내에 잔여 공탁금을 청구하지 않을 경우, 회사는 보험금 지급사유가 발생하지 않은 것으로 보아 위 제1항에서 지급한 가지급 보험금에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제1항 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

- ① 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ② 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ③ 피보험자가 자전거를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제4조(보험금의 비례분담)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- 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.

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 인하여 【별표23】 (화상분류표)에서 정하는 화상으로 진단확정된 경우 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 지급합니다.
- ② 제1항의 「화상」 이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 의하여 【별표23】 (화상분류표)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태인 경우에는 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 인하여 화상으로 진단 확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 수술을 받은 경우에는 한 종류의 화상수술비 보험금만을 지급합니다.
- ② 제1항의 화상이라 함은 【별표23】(화상분류표)에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술 (다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표22】(골절분류표)에 정한 골절로 진단 확정된 경우에는 1사고마다 골절진단비 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 인하여 두 종류 이상의 골절이 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(치아파절 제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표29】(골절(치아파절 제외)분류표)에 정한 골절로 진단 확정된 경우에는 1사고마다 골절진단비(치아파절 제외) 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 인하여 두 종류 이상의 골절이 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 그 원인의 직간접을 묻지 않고 치아파절 손해 또는 치아파절이 원인이 되어 발생한 손해(다만, 동일한 사고로 골절(치아파절 제외)이 치아파절과 동시에 발생한 경우는 보상합니다.)

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

치과 관련 골절진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표34】(치과 관련 골절 분류표)에서 정한 치과 관련 골절로 진단 확정된 경우에는 1사고마다 치과 관련 골절진단비 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 인하여 두 종류 이상의 치과 관련 골절이 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(1~5종) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표52】(골절분류표(1~5종))에 정한 골절로 진단 확정된 경우에는 1사고마다 보험증권에 기재된 종별 보험가입금액을 골절진단비로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 둘 이상의 골절이 발생한 경우에는 전항의 기준에 따라 가장 높은 보험가입금액에 해당하는 하나의 골절진단비 보험금만을 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(치아파절 제외, 1~5종) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표53】(골절분류표(치아파절제외, 1~5종))에 정한 골절로 진단 확정된 경우에는 1사고마다 보험증권에 기재된 종별 보험가입금액을 골절진단비로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 둘 이상의 골절이 발생한 경우에는 전항의 기준에 따라 가장 높은 보험가입금액에 해당하는 하나의 골절진단비 보험금만을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 원인의 직간접을 묻지 않고 치아파절 손해 또는 치아파절이 원인이 되어 발생한 손해 (다만, 동일한 사고로 골절(치아파절 제외)이 치아파절과 동시에 발생한 경우는 보상합니다.)

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

5대골절진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표54】(5대골절분류표)에 정한 골절(이하 “5대골절”이라 합니다)로 진단 확정된 경우에는 1사고마다 보험증권에 기재된 보험가입금액을 5대골절진단비로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 둘 이상의 5대골절이 발생한 경우에는 전 항의 기준에 따라 하나의 5대골절진단비 보험금만을 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 신체에 【별표22】(골절분류표)에 정한 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입 금액을 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 한 종류의 골절수술비 보험금만을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술 (다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절수술비(1~5종) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 신체에 【별표52】(골절분류표(1~5종))에 정한 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 종별 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 둘 이상의 골절수술을 받은 경우에는 전항의 기준에 따라 가장 높은 보험가입금액에 해당하는 하나의 골절수술비 보험금만을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술 (다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

5대골절수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 신체에 【별표54】 (5대골절분류표)에 정한 골절(이하 “5대골절”이라 합니다)을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 둘 이상의 5대골절수술을 받은 경우에는 전 항의 기준에 따라 하나의 5대골절수술비 보험금만을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술 (다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

식중독치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 음식물의 섭취로 인해 중독(이하 「식중독」이라 합니다.)이 발생하여 식중독으로 진단확정되고 그 직접적인 결과로 국내의 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 2일 이상 입원하여 치료를 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 식중독비용으로 지급합니다. 다만, 입원하지 않고 외래진료만 받은 경우는 제외합니다.
- ② 제1항의 식중독이라 함은 음식을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요증세로 하는 급성질환으로써 【별표10】(식중독분류표)에 해당하는 질병으로 분류되는 경우에 한합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

강력범죄 특별약관 I

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자에게 일상생활 중에 다음 각 호에서 정하는 강력·폭력범죄에 의하여 피해가 발생(이하 “강력·폭력범죄 피해의 발생”이라 합니다)하여 해당 범죄를 직접적 원인으로 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급하여 드립니다.
1. 형법 제24장에서 말하는 살인의 죄
 2. 형법 제25장에서 말하는 상해와 폭행의 죄
 3. 형법 제32장에서 말하는 강간과 추행의 죄 중 강간죄
 4. 형법 제38장에서 말하는 절도와 강도의 죄 중 강도의 죄
 5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 「폭처법」이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄
- ② 제1항의 “강력·폭력범죄 피해의 발생”이라 함은 피해자 신고나 제3자 신고, 고소, 고발 등을 경찰관이 접수하여 수사를 진행한 후 검사에 의해 공소제기 즉 기소된 경우(약식 기소의 경우를 포함합니다) 또는 경찰관의 수사결과 강력·폭력범죄의 발생 사실은 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

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보장하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 「폭처법」 제4조의 범죄단체를 구성하였거나 이에 가담함으로써 발생한 손해
2. 계약자, 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해
4. 지진, 분화, 해일, 풍수해 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 손해
5. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해

제3조(보험금의 청구)

- ① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(보험금의 청구)의 구비서류 및 다음 서류를 제출하여야 합니다.
 - 1. 경찰서 사건사고사실확인원(관할 경찰서 발행), 법원의 판결문 또는 검찰의 공소장, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서 등(죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류)
 - 2. 의사진단서 등
- ② 회사는 필요한 경우에는 피보험자 또는 그와 세대를 같이 하는 친족 등을 대상으로 사고 상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

강력범죄 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자에게 일상생활 중에 다음 각 호에서 정하는 강력·폭력범죄에 의하여 피해가 발생(이하 “강력·폭력범죄 피해의 발생”이라 합니다)하여 해당 범죄를 직접적 원인으로 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급하여 드립니다.
1. 형법 제24장에서 말하는 살인의 죄
 2. 형법 제25장에서 말하는 상해와 폭행의 죄
 3. 형법 제32장에서 말하는 강간과 추행의 죄 중 강간죄
 4. 형법 제38장에서 말하는 절도와 강도의 죄 중 강도의 죄
 5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 「폭처법」이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄
- ② 제1항에도 불구하고 제1항에 정한 제1호(살인), 제2호(상해 또는 폭행), 제5호(폭처법 위반행위)로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에는 ()을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ()는 보험증권에 기재된 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 기간을 말합니다.
1. 2주
 2. 1개월
 3. 2개월
 4. 4개월
 5. 6개월
- ④ 제1항의 “강력·폭력범죄 피해의 발생”이라 함은 피해자 신고나 제3자 신고, 고소, 고발 등을 경찰관이 접수하여 수사를 진행한 후 검사에 의해 공소제기 즉 기소된 경우(약식 기소의 경우를 포함합니다) 또는 경찰관의 수사결과 강력·폭력범죄의 발생 사실은 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

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보장하여 드리지 않습니다.

-
1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 「폭처법」 제4조의 범죄단체를 구성하였거나 이에 가담함으로써 발생한 손해
 2. 계약자, 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
 3. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해
 4. 지진, 분화, 해일, 풍수해 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 손해
 5. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해

제3조(보험금의 청구)

- ① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(보험금의 청구)의 구비서류 및 다음 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 경찰서 사건사고사실확인원(관할 경찰서 발행), 법원의 판결문 또는 검찰의 공소장, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서 등(죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류)
 2. 의사진단서 등
- ② 회사는 필요한 경우에는 피보험자 또는 그와 세대를 같이 하는 친족 등을 대상으로 사고 상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

강력범죄 특별약관 III

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자에게 일상생활 중에 다음 각 호에서 정하는 강력·폭력범죄에 의하여 피해가 발생(이하 “강력·폭력범죄 피해의 발생”이라 합니다)하여 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입었을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 강력·폭력범죄상해 위로금으로 피보험자에게 지급합니다.
1. 형법 제24장에서 말하는 살인죄
 2. 형법 제25장에서 말하는 상해와 폭행의 죄
 3. 형법 제32장에서 말하는 강간죄
 4. 형법 제38장에서 말하는 강도의 죄
 5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 「폭처법」이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄
- ② 제1항의 “강력·폭력범죄 피해의 발생”이라 함은 피해자 신고나 제3자 신고, 고소, 고발 등을 경찰관이 접수하여 수사를 진행한 후 검사에 의해 공소제기 즉 기소된 경우(약식 기소의 경우를 포함합니다) 또는 경찰관의 수사결과 강력·폭력범죄의 발생 사실은 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

제2조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보장하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 「폭처법」 제4조의 범죄단체를 구성하였거나 이에 가담함으로써 발생한 손해
2. 계약자, 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해
4. 지진, 분화, 해일, 풍수해 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 손해
5. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해

제3조(보험금의 청구)

- ① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(보험금의 청구)의 구비서류 및 다음 서류를 제출하여야 합니다.
 - 1. 경찰서 사건사고사실확인원(관할 경찰서 발행), 법원의 판결문 또는 검찰의 공소장, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서 등(죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류)
 - 2. 의사진단서 등
- ② 회사는 필요한 경우에는 피보험자 또는 그와 세대를 같이 하는 친족 등을 대상으로 사고 상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

폭력위로금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 일상생활중 제3자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 신체에 상해를 입었을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다. 다만, 관할경찰서의 폭력사고 확인서를 제출하여야 합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 생긴 손해
2. 피보험자의 친족에 의한 사고
3. 피보험자가 「폭력행위 등 처벌에 관한 법률」 제4조(단체등의 구성·활동)의 적용을 받는 단체의 가입원으로서 그 단체의 활동 중에 발생한 사고

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

깁스치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「깁스(Cast)치료」를 받았을 때에는 이 특별약관의 보험증권에 기재된 보험가입금액을 깁스치료비로 지급합니다.
- ② 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급하여 드립니다.

제2조(깁스(cast)치료의 정의)

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

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

전화금융사기(보이스피싱) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 전화금융사기로 금전상의 피해를 입어 관할경찰서에 신고한 경우에는 이 특별약관에 따라 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 피보험자에게 발생한 실제 금전손실액(「전기통신금융사기 피해방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」에 따라 금융회사로부터 환급받은 금액 또는 환급받을 수 있는 금액을 금전손실액에서 제외합니다.)의 70% 해당액을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 전화금융사기(보이스피싱(Voice Phishing))라 함은 사기범이 전화로 사람을 기망하여 신용카드 번호, 계좌번호, 신용카드 및 계좌의 비밀번호 등 개인정보를 수집하거나 직접 금전 송금(이체)을 요구하는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래와 같은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해
2. 계약자 또는 피보험자가 미리 알고 있었거나 제3자와 공모 또는 단독으로 행한 범죄행위
3. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 피보험자와 세대를 같이하는 친족이나 고용인이 고의로 일으킨 손해
4. 피보험자의 동거인 또는 집 지키는 사람, 가사도우미와 피보험자가 거주하는 주택에의 출입이 상시 가능한 사람이 행한 범죄행위 또는 불성실행위
5. 보험수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
6. 피보험자가 자발적으로 제3자에게 개인정보를 제공하거나 노출하여 발생한 손해
7. 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 지진, 분화 또는 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해
8. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 인한 손해
9. 제8호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

홀인원비용(보험기간중 1회) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 피보험자가 골프경기중에 홀인원(Hole in One)을 행한 경우에 아래에 열거하는 비용을 부담하므로 입은 손해를 보험기간 중 1회에 한하여 이 보험증권에 기재된 해당 보험가입금액을 한도로 이 특별약관에 정하는 바에 따라 보상하여 드립니다.

1. 증정용 기념품 구입비용. 단, 아래의 구입비용은 제외함
 - 가. 상품권 등의 물품 전표
 - 나. 선불카드
2. 축하회 비용
3. 골프장에 대한 기념식수 비용
4. 동반 캐디에 대한 축의금

제2조(보상하지 않는 손해)

- ① 회사는 피보험자가 골프장의 경영자 또는 사용인(임시고용인을 포함합니다)인 경우에는 그 피보험자가 경영하는 또는 사용하고 있는 골프장에서 행한 홀인원에 대해서는 보상하여 드리지 않습니다.
- ② 피보험자가 깎때기 홀에서 행한 홀인원에 대해서는 보상하여 드리지 않습니다.

제3조(용어의 정의)

이 특별약관에 있어서 사용된 용어는 다음을 말합니다.

1. 골프장 : 18홀 이상을 보유하고 국내에 소재한 골프장을 말합니다.
2. 골프경기 : 골프장에서 골프장에 속한 캐디를 보조자로 사용하고 동반경기자 2명이상(골프장이 주최 또는 공동주최한 공식경기의 경우에는 그러하지 않습니다)과 기준타수(PAR) 35이상의 9홀을 정규로 라운드하는 것을 말합니다.
3. 홀인원(Hole in One) : 각 홀에서 제1타에 의해 홀에 직접 들어가는 것을 말합니다.
4. 증정용 기념품 구입비용 : 홀인원을 행한 경우에 동반경기자, 친구 등에 증정할 기념품의 구입대금 또는 우송비용을 말합니다.
5. 축하회 비용 : 홀인원을 행한 날로부터 1개월 이내에 개최된 축하회 비용을 말합니다.
6. 골프장에 대한 기념식수 비용 : 홀인원의 기념으로 홀인원을 한 골프장에 심는 나무대금을 말합니다.
7. 동반 캐디에 대한 축의금 : 동반 캐디에게 홀인원을 한 기념축의금으로 준 금액을 말합니다.
8. 깎때기 홀 : 그린에 볼을 올리지만 하면 볼이 홀에 들어가도록 설계한 홀

제4조(피보험자의 범위)

이 특별약관에 있어서의 피보험자는 골프경기를 아마추어의 자격으로 행한 자를 말하며 골

프의 경기 또는 지도를 직업으로 하는 자는 제외합니다.

제5조(보험금의 청구)

피보험자가 이 특별약관에 따라 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 출원원 증명서(동반경기자, 동반한 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공동서명 날인(도장을 찍음)이 있어야 합니다)
2. 비용지급 영수증
3. 기타 필요로 하는 증거자료

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

정신질환진단비 특별약관 I

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 해당 정신질환으로 최초 진단확정된 경우 1회에 한하여 보험증권에 기재된 가입금액을 이 특별약관에 따라 지급하여 드립니다. 정신질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 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.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 정신질환을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항, 제2항의 「정신질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표2 6】(정신질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제37조(보험 등의 불이익 금지)】

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

정신질환진단비 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 해당 정신질환으로 최초 진단확정된 경우 정신질환 분류표 II의 대상질병 그룹별 1회에 한하여 보험증권에 기재된 가입금액을 이 특별약관에 따라 지급하여 드립니다. 정신질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 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.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 정신질환을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항, 제2항의 「정신질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표5 6】(정신질환 분류표 II)에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제37조(보험 등의 불이익 금지)】

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

외상후 스트레스장애 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 「외상후 스트레스장애」로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(외상후 스트레스장애의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「외상후 스트레스장애」라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「외상후 스트레스장애」로 분류되는 질병으로 【 별표55 】(외상후 스트레스장애 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 외상후 스트레스장애의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격증을 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. 또한 회사가 외상후 스트레스장애의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 인하여 「외상후 스트레스장애」가 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 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 「외상후 스트레스장애」가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙,

-
- 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진단서, 외상후스트레스장애척도(CAPS)결과지 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

탈구, 신경손상, 으깬손상 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표28】(탈구, 신경손상, 으깬손상 분류표)에 정한 탈구, 신경손상, 으깬손상으로 진단 확정된 경우에는 1사고마다 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 인하여 두 종류 이상의 탈구, 신경손상, 으깬손상이 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

외상성 절단 진단비 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 **【별표30】** (외상성 절단 분류표)에 정한 외상성 절단으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다.
- ② 동일한 사고를 직접적인 원인으로 하여 복합적인 외상성 절단 진단시에는 외상성 절단 진단비를 1회에 한하여 지급합니다.
- ③ 제1항에서 외상성 절단의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 그 원인의 직간접을 묻지 않고 치아파절 손해 또는 치아파절이 원인이 되어 발생한 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

수혈비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 질병 또는 상해로 인한 치료를 그 직접적인 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원)을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 수혈을 받을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험기간 중 최초 1회 입원한 경우에 한하여 수혈비용을 피보험자에게 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자는 계약시점에서 만 15세 이상인 사람에 한합니다.

제2조(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 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급하여 드립니다.
- ③ 계약자의 고의
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

출산비용 특별약관

제1조(적용범위)

이 특별약관은 보험계약일 기준으로 만15세~만49세의 여성만을 대상으로 적용합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 자녀를 출산한 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 출산은 임신·유산·사산 및 출산후 출생신고 전 사망의 경우는 포함하지 않습니다.
- ③ 출생아가 2명 이상인 다태아 출산의 경우에는 출생아의 인원 관계없이 1회의 보험가입금액을 지급합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어의 정의

용어	정의
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 20주 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.

공무상 요양진단금 특별약관 I

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 공무수행으로 인하여 보험기간 중에 발생한 상해 또는 보험기간 중 진단확정된 질병의 직접결과로써 「공무원 재해보상법」 제24조(요양기관)에 따른 요양기관에서 「공무상 요양」을 받은 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 공무상 요양진단금으로 지급합니다.
- ② 제1항의 「공무상 요양」이라 함은 「공무원 재해보상법」 제22조(요양급여)에서 정한 급여대상에 해당하는 부상 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 동법 제9조(급여의 청구 및 결정)에서 정한 급여지급이 결정된 경우를 말합니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 국가공무원법 제2조(공무원의 구분) 및 지방공무원법 제2조(공무원의 구분)에서 분류된 공무원을 말합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

공무상 요양진단금 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 공무수행으로 인하여 보험기간 중에 발생한 상해 또는 보험기간 중 진단확정된 질병의 직접결과로써 「공무원 재해보상법」 제24조(요양기관)에 따른 요양기관에서 「공무상 요양」을 받은 경우 아래의 요양기간별로 보험증권에 기재된 보험가입금액을 공무상 요양진단금으로 지급합니다.

요 양 기 간	지 급 금 액
30일 이하	() 만원
31일 ~ 60일	() 만원
61일 ~ 120일	() 만원
121일 ~ 180일	() 만원
181일 이상	() 만원

- ② 제1항의 「공무상 요양」이라 함은 「공무원 재해보상법」 제22조(요양급여)에서 정한 급여대상에 해당하는 부상 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 동법 제9조(급여의 청구 및 결정)에서 정한 급여지급이 결정된 경우를 말하며, 제1항의 「요양기간」은 급여지급이 결정된 경우의 요양기간으로 합니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 국가공무원법 제2조(공무원의 구분) 및 지방공무원법 제2조(공무원의 구분)에서 분류된 공무원을 말합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

공무상 요양진단금 특별약관 III

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 공무수행으로 인하여 보험기간 중에 발생한 상해 또는 보험기간 중 진단확정된 질병의 직접결과로써 「공무원 재해보상법」 제24조(요양기관)에 따른 요양기관에서 「공무상 요양」을 받은 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 공무상 요양진단금으로 지급합니다.
- ② 제1항의 「공무상 요양」이라 함은 「공무원 재해보상법」 제22조(요양급여)에서 정한 급여대상에 해당하는 부상 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 동법 제9조(급여의 청구 및 결정)에서 정한 급여지급이 결정된 경우를 말합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 근로자인 경우 공무수행으로 인하여 보험기간 중에 발생한 상해 또는 보험기간 중 진단확정된 질병의 직접결과로써 「산업재해보상보험법」에 따라 '요양급여' 지급이 결정되어 이를 받은 경우 「공무상 요양」을 받은 경우로 간주하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 다음 각 호에 해당하는 자를 말합니다.

1. 공무원단체에 소속된 자(공무원 및 소속 근로자 등)

【공무원단체】

「정부조직법」과 기타 다른 법령에 의하여 설치되는 국가행정기관으로서 행정기관의 조직과 정원에 관한 통칙에서 정한 중앙행정기관, 특별지방행정기관, 부속기관, 자문기관, 소속기관, 보조기관, 보좌기관, 하부조직을 말합니다.

2. 교육공무원

「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

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

공무상 요양진단금 특별약관Ⅳ

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 공무수행으로 인하여 보험기간 중에 발생한 상해 또는 보험기간 중 진단확정된 질병의 직접결과로써 「공무원 재해보상법」 제24조(요양기관)에 따른 요양기관에서 「공무상 요양」을 받은 경우 아래의 요양기간별로 보험증권에 기재된 보험가입금액을 공무상 요양진단금으로 지급합니다.

요양기간	지급금액
30일 이하	() 만원
31일 ~ 60일	() 만원
61일 ~ 120일	() 만원
121일 ~ 180일	() 만원
181일 이상	() 만원

- ② 제1항의 「공무상 요양」이라 함은 「공무원 재해보상법」 제22조(요양급여)에서 정한 급여대상에 해당하는 부상 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 동법 제9조(급여의 청구 및 결정)에서 정한 급여지급이 결정된 경우를 말하며, 제1항의 「요양기간」은 급여지급이 결정된 경우의 요양기간으로 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 근로자인 경우 공무수행으로 인하여 보험기간 중에 발생한 상해 또는 보험기간 중 진단확정된 질병의 직접결과로써 「산업재해보상보험법」에 따라 ‘요양급여’ 지급이 결정되어 이를 받은 경우 「공무상 요양」을 받은 경우로 간주하여 제1항 및 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 다음 각 호에 해당하는 자를 말합니다.

1. 공무원단체에 소속된 자(공무원 및 소속 근로자 등)

【공무원단체】
 「정부조직법」과 기타 다른 법령에 의하여 설치되는 국가행정기관으로서 행정기관의 조직과 정원에 관한 통칙에서 정한 중앙행정기관, 특별지방행정기관, 부속기관, 자문기관, 소속기관, 보조기관, 보좌기관, 하부조직을 말합니다.

2. 교육공무원
 「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

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금)

지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

상해사망 장례지원금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 장례지원금으로 가입금액 전액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.(이하 같습니다.)

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) ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제37조(보험 등의 불이익 금지)】

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해사망 장례지원금보장 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 장례식장 이용으로 발생된 피보험자의 실제 장례비용을 보험가입금액 한도로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급하여 드립니다. 단, 보험수익자가 다수인 경우라도 지급되는 총 장례비용의 합계는 보험가입 금액을 초과할 수 없습니다.
- ② 제1항의 장례비용은 장례식장 이용시 발생된 시설사용료, 장례용품, 장례음식, 장례지도 및 노동력 제공 등의 물적·인적 서비스 제공 비용을 말하며, 상조회사 상품 이용 여부를 불문합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.(이하 같습니다.)

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) ‘사망’의 원인 및 ‘보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제37조(보험 등의 불이익 금지)】

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

제3조(보험금의 청구)

-
- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(피보험자의 법정상속인이 아닌자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)
 5. 장례식장 이용대금 영수증
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 보험금의 지급사유가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 해당하는 경우 법원이나 관공서에서 발급한 사고증명서로 대체할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통상해사망 장례지원금 부보장 추가특별약관

제1조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 상해사망 장례지원금보장 특별약관II 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 규정에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 피보험자가 아래에 정한 사고로 발생한 상해의 직접결과로서 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 장례비용을 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 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 외래의 상해
- ② 회사는 제1항에도 불구하고 아래의 사유에 의해 발생한 상해의 직접결과로 피보험자가 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 상해사망 장례지원금보장 특별약관II 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 장례비용을 지급하여 드립니다.
 1. 하역작업을 하는 동안 발생한 상해
 2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 상해
- ③ 제1항의 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 제2조에 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)

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 상해사망 장례지원금보장 특별약관II 및 보통약관을 따릅니다.

질병사망 장례지원금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우 장례지원금으로 가입금액 전액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「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) ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제37조(보험 등의 불이익 금지)】

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스쿨존 교통사고 부상진단비 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(만 12세 이하인 피보험자)가 보험기간 중에 「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙」 제3조에 의하여 어린이보호구역으로 지정된 지역 내에서 교통사고로 인하여 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)를 입고 그 직접결과로써 「자동차손해배상 보장법 시행령」 [별표1]에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표46】 참조)의 부상등급을 받은 경우, 보험증권에 기재된 부상등급별 보험가입금액을 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

부상등급	지급금액	부상등급	지급금액
1급	() 만원	8급	() 만원
2급	() 만원	9급	() 만원
3급	() 만원	10급	() 만원
4급	() 만원	11급	() 만원
5급	() 만원	12급	() 만원
6급	() 만원	13급	() 만원
7급	() 만원	14급	() 만원

- ② 제1항의 교통사고라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
 2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ③ 제2항에서 자동차라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에서 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조에서 정한 건설기계를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ④ 제2항의 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 4. 자동차손해배상보장법시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)
- ⑤ 제1항의 교통사고라 함은 관할경찰서에서 교통사고로 접수된 경우 또는 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상을 받은 경우를 말하며, 교통사고임을 입증할 수 있는 서류

(교통사고 사실확인원, 자동차보험 사고처리확인서 등)을 제출하여야 합니다.

제2조(피보험자의 범위)

제1조(보험금의 지급사유)의 피보험자는 계약시점에서 만 12세 이하의 어린이에 한합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하고 있는 동안에 발생한 손해
 2. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
 3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
 4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안에 발생한 손해

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스쿨존 교통사고 상해비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(만 12세 이하인 피보험자)가 보험기간 중에 「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙」 제3조에 의하여 어린이보호구역으로 지정한 지역 내에서 교통사고로 인하여 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)를 입은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 스쿨존 교통사고 상해비용으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 교통사고라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
 1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
 2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ③ 제2항에서 자동차라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에서 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조에서 정한 건설기계를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ④ 제2항의 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 4. 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)
- ⑤ 제1항의 교통사고라 함은 관할경찰서에서 교통사고로 접수된 경우 또는 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상을 받은 경우를 말하며, 교통사고임을 입증할 수 있는 서류(교통사고 사실확인원, 자동차보험 사고처리확인서 등)을 제출하여야 합니다.

제2조(피보험자의 범위)

제1조(보험금의 지급사유)의 피보험자는 계약시점에서 만 12세 이하의 어린이에 한합니다.

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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하고 있는 동안에 발생한 손해
 2. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
 3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
 4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안에 발생한 손해

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

의료사고 법률비용 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 「의료법」 제3조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다.)에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고 법률비용으로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 「의료법」 제3조에 정한 병원 또는 의원 등에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보상합니다.
- ③ 제1항의 의료사고라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않은 결과를 총칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 「의료법」 제3조에 정한 병원 또는 의원 등에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해는 의료사고로 보지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 발생한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자에게 보험계약일 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

제3조(보험금의 분담)

- ① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

- 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 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

실버존 교통사고 부상진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(만 65세 이상인 피보험자)가 보험기간 중에 「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙」 제3조에 의하여 노인보호구역으로 지정한 지역 내에서 교통사고로 인하여 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)를 입고 그 직접결과로써 「자동차손해배상 보장법 시행령」 [별표1]에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표46】 참조)의 부상등급을 받은 경우, 보험증권에 기재된 부상등급별 지급금액을 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

부상등급	지급금액	부상등급	지급금액
1급	() 만원	8급	() 만원
2급	() 만원	9급	() 만원
3급	() 만원	10급	() 만원
4급	() 만원	11급	() 만원
5급	() 만원	12급	() 만원
6급	() 만원	13급	() 만원
7급	() 만원	14급	() 만원

- ② 제1항의 교통사고라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
 2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
 3. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때 발생한 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ③ 제2항에서 자동차라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에서 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조에서 정한 건설기계를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ④ 제2항의 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 4. 자동차손해배상보장법시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)
- ⑤ 제1항의 교통사고라 함은 관할경찰서에서 교통사고로 접수된 경우 또는 자동차보험(공

제를 포함합니다)에서 보상을 받은 경우를 말하며, 교통사고임을 입증할 수 있는 서류 (교통사고 사실확인원, 자동차보험 사고처리확인서 등)을 제출하여야 합니다.

제2조(피보험자의 범위)

제1조(보험금의 지급사유)의 피보험자는 계약시점에서 만 65세 이상의 사람에 한합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하고 있는 동안에 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안에 발생한 손해

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

사이버 명예훼손 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「사이버 명예훼손」 사건의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등을 접수하고, 가해자에 대해 검찰의 기소처분결정이 내려진 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다. 단, 사이버 명예훼손의 피해자가 생존하는 피보험자 개인으로 특정된 경우에 한하며, 제2조(사이버 명예훼손 등의 정의) 제2항 각 호의 관련사건은 하나의 사건으로 봅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다른 형사사건의 수사 또는 재판 과정에서 가해자의 피보험자에 대한 사이버 명예훼손 혐의를 수사기관이 인지하여 수사기관에 신고, 고소, 고발 등의 접수 없이 검찰의 기소처분결정이 내려진 경우에도 보험수익자에게 제1항의 보험금을 지급합니다.

제2조(사이버 명예훼손 등의 정의)

- ① 「사이버 명예훼손」이라 함은 가해자가 피해자를 비방할 목적으로 정보통신망을 통하여 공공연하게 사실, 허위의 사실 또는 거짓을 드러내어 피보험자의 명예를 훼손하는 다음 각 호의 행위를 의미합니다.
 1. 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제70조제1항
 2. 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제70조제2항
- ② 「관련사건」이라 함은 동일 피해자에 대한 다음 각 호의 사건을 의미합니다.
 1. 가해자 1인이 범한 수개의 사이버 명예훼손
 2. 2인 이상의 가해자가 공동으로 범한 사이버 명예훼손
 3. 2인 이상의 가해자가 동일 사이버공간에서 범한 사이버 명예훼손
- ③ 제2항제3호에서 「동일 사이버공간」이라 함은 동일한 URL(Uniform Resource Locator) 주소 또는 동일한 모바일메신저 채팅방 등을 말합니다.
- ④ 제1항에서 「정보통신망」이라 함은 「전기통신사업법」 제2조제2호에 따른 전기통신설비를 이용하거나 전기통신설비와 컴퓨터 및 컴퓨터의 이용기술을 활용하여 정보를 수집·가공·저장·검색·송신 또는 수신하는 정보통신체계를 말합니다.
- ⑤ 「검찰의 기소처분결정」이라 함은 검사가 가해자에 대하여 공소제기(이하 「기소」라 하며, 약식기소를 포함합니다)한 것을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의
 2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

-
3. 계약자의 고의
 4. 피보험자, 보험수익자, 계약자가 보험금을 부정 취득할 목적으로 제3자와 공모하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 5. 피해자가 특정한 사람이 아닌 각종 단체(「상법」상 회사, 「민법」상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)인 사건에서 피보험자가 해당 단체의 소속원 또는 구성원인 경우
 6. 가해자가 피해자를 집합적 명사로 표현하여 그 범위에 속하는 피보험자의 명예가 훼손된 경우. 다만, 관련사건에서 집합적 명사와 구별하여 피보험자 개인을 특정하여 피보험자 개인을 상대로 한 사이버명예훼손의 피해에 대하여는 보험금을 지급합니다.

【집합적 명사】 하나하나의 사람이 모여서 하나의 단위인 가족, 위원회, 청중 등과 같이 하나의 집합체를 하나로 보는 명사를 말합니다.

7. 보험기간 이전에 발생한 피보험자의 사이버명예훼손 피해
8. 피보험자가 사망한 상태에서 사이버명예훼손의 피해자가 된 경우

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 법원의 판결문 또는 경찰의 공소장(죄명 및 가해자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류)
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

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

개 물림사고 응급실내원비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 국내에서 발생한 개 물림사고의 직접결과로써 보험기간 중에 「응급실」에 내원하여 진료를 받은 경우 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다. 이때 응급실로 이송 중에 사망하였거나 외부에서 전원하여 응급실에 내원하여 진료를 받은 환자도 보상합니다.
- ② 제1항의 “개 물림사고”라 함은 들개, 유기견, 반려견 등에 대한 구분 없이 모든 종류의 개에 의한 물림사고를 말합니다.

제2조(응급실의 정의)

이 약관에서 「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다. 다만, 관련법령이 개정되는 경우 개정된 내용을 적용합니다.

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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 중 발생한 개 물림사고

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

공무원장기요양직권면직위로금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 장기요양으로 인한 직권면직이 된 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 1회에 한하여 지급합니다.
- 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 없을 때”로 인하여 직권면직이 된 경우를 말하며, 직권면직일은 국가공무원법 또는 지방공무원법에서 정한 징계위원회 또는 인사위원회 등에서 결정한 직권면직일로 합니다.
- ③ 제2항의 휴직은 국가공무원법 제71조(휴직) 제1항 제1호 및 지방공무원법 제63조(휴직) 제1항제1호의 공무원의 신체·정신상의 장애로 장기 요양이 필요할 때의 휴직에 한합니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 아래와 같습니다.

1. 국가공무원법 제2조(공무원의 구분)에서 정한 공무원
2. 지방공무원법 제2조(공무원의 구분)에서 정한 공무원

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
4. 피보험자가 자유로운 의사결정을 할 수 있는 상태임에도 불구하고 휴직기간이 끝나거나 휴직사유가 소멸된 후에도 직무에 복귀하지 않는 경우

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 이 특별약관의 보험금을 청구할 때에 보통약관 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류 외에 아래의 서류를 첨부하여야 합니다.

1. 피보험자가 장기요양 후 직권면직 되었음을 증빙할 수 있는 서류

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무상과실및중과실치사상벌금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 대한민국 내에서 발생한 사고로 형법 제268조(업무상과실·중과실치사상)에 따른 벌금형(단, 특별법 위반을 포함한 벌금형은 제외)이 확정된 경우(보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다) 1사고당 2,000만원을 한도로 벌금액에 해당하는 금액을 지급합니다.

형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)

업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의
2. 계약자 및 이들의 법정대리인의 고의
3. 피보험자가 보험금을 받도록 하기 위한 피보험자의 고용인 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족의 고의
4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 또는 제45조에 의한 악물상태에서 운전하던 중 발생한 사고
5. 피보험자가 사고를 일으키고 도주하였을 때
6. 형법 제260조(폭행, 존속폭행), 제261조(특수폭행)과 경합된 사고
7. 특별법 위반을 포함한 벌금형. 특별법이 변경될 경우에는 변경된 특별법 내용을 적용합니다.

제3조(보험금의 분담)

- ① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

공무원 장해진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 상해 또는 보험기간 중 진단 확정된 질병의 직접 결과로써 장해상태가 된 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 지급합니다.
- ② 제1항의 “장해상태”는 공무원 재해보상법 제8조(급여) 제3호, 제28조(장해연금 또는 장해일시금) 및 공무원연금법 제28조(급여) 제3호, 제59조(비공무상 장해연금 또는 장해일시금)에서 정한 급여대상에 해당하는 상해 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 공무원 재해보상법 제9조(급여의 청구 및 결정) 및 공무원연금법 제29조(급여사유의 확인 및 급여의 결정)에서 정한 급여지급이 최초로 결정된 경우를 말합니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 국가공무원법 제2조(공무원의 구분) 및 지방공무원법 제2조(공무원의 구분)에서 분류된 공무원을 말합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정전염병진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 【별표51】(특정전염병 분류표)에서 정한 특정전염병에 감염되어 전염병환자로 진단 받아 치료를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 특정전염병진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 특정전염병으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 특정전염병진단비를 지급합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해응급실내원비(응급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「응급환자」에 해당되어 「응급실」에 내원하여 진료 받은 경우 보험수익자에게 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 상해응급실내원비(응급)로 지급합니다. 이 때 사망한 채 응급실에 도착하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

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(응급실 및 응급환자의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「응급환자」라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자) 각 호에서 정한 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 응급실기록지사본 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)】

- ① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.
- ② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

【응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)】

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다. 1. [별표1]의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료 종사자가 판단하는 증상

【별표1】응급증상 및 이에 준하는 증상

- 1. 응급증상
 - 가. 신경학적 응급증상 : 급성 의식장애, 급성 신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
 - 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성 호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
 - 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성 대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
 - 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성체장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
 - 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
 - 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
 - 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
 - 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
 - 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
- 2. 응급증상에 준하는 증상
 - 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
 - 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
 - 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
 - 라. 출혈 : 혈관손상
 - 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
 - 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
 - 사. 이물체에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

질병응급실내원비(응급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병으로 「응급환자」에 해당되어 「응급실」에 내원하여 진료 받은 경우 보험수익자에게 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 질병응급실내원비(응급)로 지급합니다. 이 때 사망한 채 응급실에 도착하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

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(응급실 및 응급환자의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「응급환자」라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자) 각 호에서 정한 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 응급실기록지사본 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)】

- ① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.
- ② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

【응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)】

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다. 1. [별표1]의 응급증상 및 이에 준하는 증상
 2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료 종사자가 판단하는 증상

【별표1】응급증상 및 이에 준하는 증상

- 1. 응급증상
 - 가. 신경학적 응급증상 : 급성 의식장애, 급성 신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
 - 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성 호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
 - 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
 - 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성체장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
 - 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
 - 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
 - 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
 - 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
 - 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
- 2. 응급증상에 준하는 증상
 - 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
 - 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
 - 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
 - 라. 출혈 : 혈관손상
 - 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
 - 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
 - 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

상해응급실내원비(비응급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 「응급환자」에 해당되지는 않으나 상해의 직접결과로서 「응급실」에 내원하여 진료 받은 경우 보험수익자에게 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 상해응급실내원비(비응급)로 지급합니다. 이 때 사망한 채 응급실에 도착하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

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(응급실 및 응급환자의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「응급환자」라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자) 각 호에서 정한 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 규정에 따라 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 아래 목적의 치료에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 치료. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 3. 아래에 열거된 치료
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태

- 아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
- 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다, 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosiis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
4. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료
- 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. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료 재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
- 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
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)

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 응급실기록지사본 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)】

- ① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을

설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.

- ② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

【응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)】

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다. 1. [별표1]의 응급증상 및 이에 준하는 증상

2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료 종사자가 판단하는 증상

[별표1]응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 급성意識장애, 급성신경학적 이상, 구토·意識장애 등의 증상이 있는 두부 손상
- 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
- 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
- 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성체장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
- 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
- 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
- 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
- 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
- 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
- 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
- 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
- 라. 출혈 : 혈관손상
- 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
- 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
- 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

질병응급실내원비(비응급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 「응급환자」에 해당되지는 않으나 질병으로 「응급실」에 내원하여 진료 받은 경우 보험수익자에게 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 질병응급실내원비(비응급)로 지급합니다. 이 때 사망한 채 응급실에 도착하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

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(응급실 및 응급환자의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「응급환자」라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자) 각 호에서 정한 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 규정에 따라 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보상합니다.)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99)
 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

-
- 7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분 (K60~K62, K64)
 - 8. 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00-Z99)
 - ③ 회사는 아래 목적의 치료에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
 - 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 - 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 치료. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 - 3. 아래에 열거된 치료
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 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
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 - 4. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료
 - 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. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료 재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
 - 5. 사람면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 응급실기록지사본 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
-

- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)】

- ① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.
- ② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

【응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)】

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다. 1. [별표1]의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료 종사자가 판단하는 증상

[별표1]응급증상 및 이에 준하는 증상

- 1. 응급증상
 - 가. 신경학적 응급증상 : 급성 의식장애, 급성 신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
 - 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성 호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
 - 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성 대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
 - 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성체장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
 - 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
 - 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
 - 사. 알리지 : 얼굴 부종을 동반한 알리지 반응
 - 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
 - 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
- 2. 응급증상에 준하는 증상
 - 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
 - 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
 - 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
 - 라. 출혈 : 혈관손상
 - 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의뢰서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
 - 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
 - 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

대중교통상해 부상진단비(택시포함) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에 정한 사고로 발생한 상해의 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표46】 【자동차사고 부상등급표】 참조)의 상해등급을 받았을 때에는 대중교통상해 부상진단비(부상등급별 보험가입금액)로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.
1. 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
 2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
 3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고
- ② 제1항에서 「대중교통수단」이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.
1. 여객수송용 항공기
 2. 여객수송용 지하철, 전철, 기차
 3. 여객자동차 운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
 4. 여객자동차 운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌터카 제외)
 5. 여객수송용 선박

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승하고 있는 동안 발생한 사고
2. 승강장안에서의 하역작업 또는 교통수단의 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 사고

제3조(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 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 보험금의 지급사유가 자동차 손해배상보장법 시행령에서 정한【별표2】에 따라 결정되는 경우에는 사고증명서를 제1항 제2호 및 아래에서 정하는 서류로 합니다.

-
1. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서
 2. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
 - 가. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
 - 나. 부상등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
 3. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서 및 제2항 제2호 나목의 부상등급을 판단할 수 있는 서류는 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.

대중교통상해 부상진단비(택시제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에 정한 사고로 발생한 상해의 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표46】 【자동차사고 부상등급표】 참조)의 상해등급을 받았을 때에는 대중교통상해 부상진단비(부상등급별 보험가입금액)로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.
 1. 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
 2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
 3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고
- ② 제1항에서 「대중교통수단」이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.
 1. 여객수송용 항공기
 2. 여객수송용 지하철, 전철, 기차
 3. 여객자동차 운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
 4. 여객수송용 선박

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승하고 있는 동안 발생한 사고
 2. 승강장안에서의 하역작업 또는 교통수단의 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 사고

제3조(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 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
 - ② 보험금의 지급사유가 자동차 손해배상보장법 시행령에서 정한【별표2】에 따라 결정되는 경우에는 사고증명서를 제1항 제2호 및 아래에서 정하는 서류로 합니다.
 1. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서
-

-
- 2. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
 - 가. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
 - 나. 부상등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
 - 3. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서 및 제2항 제2호 나목의 부상등급을 판단할 수 있는 서류는 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.

전세버스상해 부상진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에 정한 사고로 발생한 상해의 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표46】 【자동차사고 부상등급표】 참조)의 상해등급을 받았을 때에는 전세버스상해 부상진단비(부상등급별 보험가입금액)로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.
1. 운행중인 전세버스에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
 2. 전세버스에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
 3. 전세버스의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고
- ② 제1항의 「전세버스」라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.
1. 여객자동차 운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 전세버스

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승하고 있는 동안 발생한 사고
 2. 승강장안에서의 하역작업 또는 교통수단의 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 사고

제3조(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 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 보험금의 지급사유가 자동차 손해배상보장법 시행령에서 정한【별표2】에 따라 결정되는 경우에는 사고증명서를 제1항 제2호 및 아래에서 정하는 서류로 합니다.
1. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서
 2. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
 - 가. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
 - 나. 부상등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
 3. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

-
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서 및 제2항 제2호 나목의 부상등급을 판단할 수 있는 서류는 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.

소방공무원 구조·구급활동중 폭력피해위로금 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 아래와 같습니다.

1. 국가공무원법 제2조(공무원의 구분)에서 분류된 소방공무원
2. 지방공무원법 제2조(공무원의 구분)에서 분류된 소방공무원

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 구조·구급활동중 제3자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 상해를 입은 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 「사법경찰관리의 직무를 수행할 자와 그 직무범위에 관한 법률」 제5조(검사장의 지명에 의한 사법경찰관리) 제12호에 따라 사법경찰관의 직무를 행하는자(소방특별사법경찰관)의 폭력사고 확인서를 제출하여야 합니다.
- ② 제1항의 구조·구급활동중 이라 함은 「119구조·구급에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 또는 제3호에 해당되는 활동을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

소방공무원 구조·구급활동중 폭력피해위로금 특별약관 II

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 아래와 같습니다.

1. 국가공무원법 제2조(공무원의 구분)에서 분류된 소방공무원
2. 지방공무원법 제2조(공무원의 구분)에서 분류된 소방공무원

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 구조·구급활동중 제3자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 상해를 입은 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 「사법경찰관리의 직무를 수행할 자와 그 직무범위에 관한 법률」 제5조(검사장의 지명에 의한 사법경찰관리) 제12호에 따라 사법경찰관의 직무를 행하는자(소방특별사법경찰관) 또는 일반경찰관의 폭력사고 확인서를 제출하여야 합니다.
- ② 제1항의 구조·구급활동중 이라 함은 「119구조·구급에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 또는 제3호에 해당되는 활동을 말합니다.

제3조(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 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

9. 배상책임담보

일상생활배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자 본인 및 그와 동거하는 배우자(이하 “피보험자”라 합니다)가 국내외에서 아래에 열거한 사고(이하 “사고”라 합니다)로 타인의 신체의 장해 또는 재물의 손해(재물의 없어짐, 손상 및 망가짐을 말합니다)에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 “배상책임손해”라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
1. 피보험자가 살고 있는 주택(이하 “거주주택”이라 합니다.)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 거주를 허락한 자가 살고 있는 주택(이하 “소유주택”이라 합니다.) 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
 2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)로 인한 우연한 사고
 3. 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함
 4. 제1호의 주택은 부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다.
- ② 피보험자의 거주 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.
- ③ 제2조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권에 기재된 주택과 실제 거주주택 또는 실제 소유주택이 다르게 된 경우에는 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 또는 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.
- ④ 회사가 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
 2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용.
 - 나. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던
- 【설명】**
제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에 피보험자가 손해배상청구를 위해 내용증명, 재산조사, 강제집행 등을 수행하고자 지출한 각종 비용을 의미합니다.
- 비용
- 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
-

【공탁보증보험료】

가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해서 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료를 말합니다.’

마. 피보험자가 제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제2조(보상하지 않는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
 - 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. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
 - 5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
- ② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 직무수행을 직접 원인으로 하는 배상책임
 - 2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
 - 3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장애(장해로 인한 사망을 포함합니다)로 인한 배상책임
 - 4. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
 - 5. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
 - 6. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
 - 7. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
 - 8. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
 - 9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
 - 10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상하여 드립니다.
 - 11. 불법행위 또는 폭력행위로 인한 배상책임

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제3조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
 1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고 상황 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 제1항 각호의 통지를 게을리 하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제1조(보상하는 손해) 제4항 제1호 및 제2호 ‘다’목 또는 ‘라’목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

제4조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
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

제5조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제4조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 ‘지급기일’이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표2> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율’에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연될 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 드리지 않습니다.

제6조(보험금 등의 지급한도)

- ① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
 - 1. 제1조(보상하는 손해) 제4항 제1호의 손해배상금 : 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
 - 2. 제1조(보상하는 손해) 제4항 제2호 ‘가’목, ‘나’목 또는 ‘마’목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
 - 3. 제1조(보상하는 손해) 제4항 제2호 ‘다’목 또는 ‘라’목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액내에서 보상합니다.
- ② 보험기간 중 발생하는 사고에 대한 회사의 보상총액은 보험증권에 기재된 총 보상한도액을 한도로 합니다.

제7조(의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제8조(보험금의 분담)를 따릅니다.
- ② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

【공제계약】
공제계약이란 동일한 직업 또는 사업에 종사하는 다수의 주체가 상호구제를 위하여 보험료에 상당하는 금전을 납입하고 그 가입자에게 소정의 사고가 발생한 경우 공동의 구제를 하는 계약으로, 가입자의 범위가 구성원 또는 특정 지역으로 한정됨.

- ③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

제8조(보험금의 분담)

- ① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

【사례】
※ 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과하는 경우 :
계약A: 보상책임액 1,000만원 / 계약B: 보상책임액 1,000만원 / 손해액 : 1,000만원
→ 계약A보험회사 : 500만원 지급 = 1,000만원 × 1,000만원 / (1,000만원 + 1,000만원)

→ 계약B보험회사 : 500만원 지급 = 1,000만원 × 1,000만원 / (1,000만원 + 1,000만원)

- 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 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(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. 제3자로부터 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 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제1조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
 - 1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
 - 2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 - 3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 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 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 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 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제11조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

- ① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
- ② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

【보상책임을 지는 한도】 동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유 없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
 - 2. 피보험자가 정당한 이유 없이 협력하지 않을 때
- ⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제12조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물 보상을 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
 - 1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
 - 2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제13조(계약 후 알릴 의무)

-
- ① 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체 없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 - 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 - 2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 - 3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
 - ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
 - ③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알려진 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에는 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다.

【계약 후 알릴 의무】

상법 제652조에서 정하고 있는 의무. 보험기간 중에 보험계약자 또는 피보험자가 사고발생 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실을 안 때에는 지체없이 보험자에게 통지하여야 하며, 위반 시 보험계약이 해지되거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다. (이하 같습니다.)

제14조(양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면동의한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제15조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일 부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제16조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조(조사)

- ① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제18조(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 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

【타인을 위한 계약】

계약자가 다른 사람의 이익을 위해 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제19조(계약의 해지)

- ① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에만 하여 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때.
 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제13조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ④ 제3항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한

경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

- ⑤ 제3항에 의한 계약의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제20조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스포츠활동중 배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자가 이 보험증권에 기재된 단체의 관리하에 행하는 운동경기중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라 합니다)로 피해자의 신체에 장해(이하 「신체장해」라 합니다)를 입히거나 타인의 재물을 망그러뜨려(이하 「재물손해」라 합니다) 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.
- ② 위 제1항의 「운동경기」란 단체의 관리하에 참여하거나 진행하는 정규경기 또는 연습경기(훈련 활동을 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 제9조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용.

나. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던

【설명】

제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에 피보험자가 손해배상청구를 위해 내용증명, 재산조사, 강제집행 등을 수행하고자 지출한 각종 비용을 의미합니다.

비용

- 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
- 라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

【공탁보증보험료】

가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해서 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료를 말합니다.

마. 피보험자가 제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

- ④ 이 특별약관의 피보험자는 이 보험증권에 기재된 단체 및 단체의 소속원으로 등록된 자를 말합니다. 단, 각종 프로연맹 또는 아마추어경기연맹(협회를 포함합니다)에 소속된 선수는 제외합니다.
- ⑤ 이 계약이 성립된 후에 단체에 등록된 자는 그 등록시점부터 피보험자가 되며 소속을 이탈하는 경우 그 이탈시점부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 손해배상책임을 부담하게 됨으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자(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. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
 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

제3조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 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 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제1조(보상하는 손해) 제3항 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

제4조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
 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
-

제5조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제4조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가급보험금으로 지급합니다.
- ② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 '지급기일'이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표2> '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나, 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연될 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 드리지 않습니다.

제6조(보험금 등의 지급한도)

- ① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
 1. 제1조(보상하는 손해) 제3항 제1호의 손해배상금 : 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
 2. 제1조(보상하는 손해) 제3항 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
 3. 제1조(보상하는 손해) 제3항 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액내에서 보상합니다.
- ② 보험기간 중 발생하는 사고에 대한 회사의 보상총액은 보험증권에 기재된 총 보상한도액을 한도로 합니다.

제7조(의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제8조(보험금의 분담)를 따릅니다.
- ② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

【공제계약】

공제계약이란 동일한 직업 또는 사업에 종사하는 다수의 주체가 상호구제를 위하여 보험료에 상당하는 금전을 납입하고 그 가입자에게 소정의 사고가 발생한 경우 공동의 구제를 하는 계약으로, 가입자의 범위가 구성원 또는 특정 지역으로 한정됨.

- ③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 "의무보험에서 보상하는 금액"으로 봅니다.

제8조(보험금의 분담)

- ① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$
--

【사례】
 ※ 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과하는 경우 :
 계약A: 보상책임액 1,000만원 / 계약B: 보상책임액 1,000만원 / 손해액 : 1,000만원
 → 계약A보험회사 : 500만원 지급 = 1,000만원 × 1,000만원 / (1,000만원 + 1,000만원)
 → 계약B보험회사 : 500만원 지급 = 1,000만원 × 1,000만원 / (1,000만원 + 1,000만원)

- 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 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(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. 제3자로부터 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 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제1조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
 1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
 2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액한도내에서 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 제1항의 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 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제11조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

- ① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
- ② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

【보상책임을 지는 한도】 동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
 - 2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때
- ⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 비율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제12조(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 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
 - 1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권

2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
 - ③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
 - ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제13조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 - 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 - 2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 - 3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에는 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다.

【계약 후 알릴 의무】

상법 제652조에서 정하고 있는 의무. 보험기간 중에 보험계약자 또는 피보험자가 사고발생 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실을 안 때에는 지체없이 보험자에게 통지하여야 하며, 위반 시 보험계약이 해지되거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다. (이하 같습니다.)

제14조(양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면동의를 한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의를 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제15조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일 부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제16조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조(조사)

- ① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제18조(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 이익을 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 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

【타인을 위한 계약】

계약자가 다른 사람의 이익을 위해 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제19조(계약의 해지)

- ① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에만 하여 계약을 해지할 수 있습니다..
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안

날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때.
 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제13조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ④ 제3항제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ⑤ 제3항에 의한 계약의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제20조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자녀배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에 열거한 우연한 사고(이하 “사고”라 합니다)에 따라 타인의 신체의 상해(상해로 인한 사망을 포함합니다) 또는 재물의 손해(재물의 없어짐, 손상 및 망가짐을 말합니다)를 입힘으로써 피보험자 또는 민법 제755조에서 규정하는 피보험자의 법정감독의무자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 “배상책임손해”라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 살고 있는 주택(이하 “거주주택”이라 합니다.)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 거주를 허락한 자가 살고 있는 주택(이하 “소유주택”이라 합니다.) 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
3. 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함
4. 제1호의 주택은 부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다.

② 피보험자의 거주 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

③ 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권에 기재된 주택과 실제 거주주택 또는 실제 소유주택이 다르게 된 경우에는 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 또는 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.

④ 회사가 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용.

나. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던

【설명】

제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에 피보험자가 손해배상청구를 위해 내용증명, 재산조사, 강제집행 등을 수행하고자 지출한 각종 비용을 의미합니다.

비용

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

【공탁보증보험료】

가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으

로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해서 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료를 말합니다.’

마. 피보험자가 제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제2조(보상하지 않는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다), 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
 2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 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. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
 5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
- ② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 피보험자와 동거하는 친족에 대한 배상책임
 2. 피보험자와 생계를 같이하는 별거의 친족에 대한 배상책임
 3. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
 4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대한 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
 5. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
 6. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
 7. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것 제외), 총기(공기총 제외)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제3조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 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 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항제3호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제1조(보상하는 손해) 제4항 제1호 및 제2호 ‘다’목 또는 ‘라’목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

제4조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
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

제5조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제4조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 ‘지급기일’이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표2> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율’에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나, 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연될 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 드리지 않습니다.

제6조(보험금 등의 지급한도)

- ① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
 1. 제1조(보상하는 손해) 제4항 제1호의 손해배상금 : 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금(매회사고마다 2만원)을 초과한 부분만 보상합니다.
 2. 제1조(보상하는 손해) 제4항 제2호 ‘가’목, ‘나’목 또는 ‘마’목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
 3. 제1조(보상하는 손해) 제4항 제2호 ‘다’목 또는 ‘라’목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액내에서 보상합니다.

- ② 보험기간 중 발생하는 사고에 대한 회사의 보상총액은 보험증권에 기재된 총 보상한도액을 한도로 합니다.

제7조(의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제8조(보험금의 분담)를 따릅니다.
- ② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

【공제계약】
공제계약이란 동일한 직업 또는 사업에 종사하는 다수의 주체가 상호구제를 위하여 보험료에 상당하는 금전을 납입하고 그 가입자에게 소정의 사고가 발생한 경우 공동의 구제를 하는 계약으로, 가입자의 범위가 구성원 또는 특정 지역으로 한정됨.

- ③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

제8조(보험금의 분담)

- ① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

【사례】
※ 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과하는 경우 :
계약A: 보상책임액 1,000만원 / 계약B: 보상책임액 1,000만원 / 손해액 : 1,000만원
→ 계약A보험회사 : 500만원 지급 = 1,000만원 × 1,000만원 / (1,000만원 + 1,000만원)
→ 계약B보험회사 : 500만원 지급 = 1,000만원 × 1,000만원 / (1,000만원 + 1,000만원)

- 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 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(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. 제3자로부터 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 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제1조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
 - 1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
 - 2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 - 3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액한도내에서 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 제1항의 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 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제11조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

- ① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
- ② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

【보상책임을 지는 한도】 동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
 - 2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때
- ⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제12조(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 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
 - 1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
 - 2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제13조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 - 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 - 2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 - 3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증

가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

- ③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에는 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다.

【계약 후 알릴 의무】

상법 제652조에서 정하고 있는 의무. 보험기간 중에 보험계약자 또는 피보험자가 사고발생 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실을 안 때에는 지체없이 보험자에게 통지하여야 하며, 위반 시 보험계약이 해지되거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다. (이하 같습니다.)

제14조(양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면동의를 한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의를 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제15조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일 부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제16조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조(조사)

- ① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

-
- ③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제18조(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 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

【타인을 위한 계약】

계약자가 다른 사람의 이익을 위해 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제19조(계약의 해지)

- ① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에만 하여 계약을 해지할 수 있습니다..
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때.
 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제13조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ④ 제3항제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ⑤ 제3항에 의한 계약의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를

보상하여 드리지 않습니다. 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제20조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

학생 개인배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자가 국내에서 다음에 열거하는 우연한 사고(이하 “사고”라 합니다)에 따라 타인의 신체의 장해(장해로 인한 사망을 포함합니다. 이하 “신체의 장해”라 합니다) 또는 재물의 없어짐, 훼손 혹은 망가짐(이하 “망그러뜨림”이라 합니다)에 대한 법률상의 손해배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
 1. 피보험자가 살고 있는 주택(이하 “거주주택”이라 합니다.)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 거주를 허락한 자가 살고 있는 주택(이하 “소유주택”이라 합니다.) 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
 2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 또는 관리를 제외합니다)에 따른 우연한 사고
 3. 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함
 4. 제1호의 주택은 부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다.
- ② 피보험자의 거주 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.
- ③ 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권에 기재된 주택과 실제 거주주택 또는 실제 소유주택이 다르게 된 경우에는 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 또는 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.
- ④ 제1항의 피보험자는 교육법이 정하는 각 급 학교에 재학하는 학생으로 합니다.
- ⑤ 회사가 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
 1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
 2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용.
 - 나. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던

【설명】

제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에 피보험자가 손해배상청구를 위해 내용증명, 재산조사, 강제집행 등을 수행하고자 지출한 각종 비용을 의미합니다.

비용

- 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
- 라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

【공탁보증보험료】

가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으

로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해서 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료를 말합니다.’

마. 피보험자가 제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제2조(보상하지 않는 손해)

- ① 회사는 다음에 열거된 사유로 인한 사고에 의한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 계약자, 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
 2. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
 3. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
 4. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ② 회사는 다음에 열거된 손해배상책임을 부담하게 됨으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 피보험자와 동거하는 친족에 대한 손해배상책임
 2. 피보험자와 생계를 같이하는 별거의 친족에 대한 손해배상책임
 3. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
 4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
 5. 피보험자의 심신상실로 인한 손해배상책임
 6. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 손해배상책임
 7. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기의 소유, 사용 또는 관리로 인한 손해배상책임

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제3조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 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 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사

는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제1조(보상하는 손해) 제5항 제1호 및 제2호 ‘다’목 또는 ‘라’목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

제4조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
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

제5조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제4조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 ‘지급기일’이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표2> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율’에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나, 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연될 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 드리지 않습니다.

제6조(보험금 등의 지급한도)

- ① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
 1. 제1조(보상하는 손해) 제5항 제1호의 손해배상금 : 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
 2. 제1조(보상하는 손해) 제5항 제2호 ‘가’목, ‘나’목 또는 ‘마’목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
 3. 제1조(보상하는 손해) 제5항 제2호 ‘다’목 또는 ‘라’목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액내에서 보상합니다.
 - ② 보험기간 중 발생하는 사고에 대한 회사의 보상총액은 보험증권에 기재된 총 보상한도액을 한도로 합니다.
-

제7조(의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제8조(보험금의 분담)를 따릅니다.
- ② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

【공제계약】
 공제계약이란 동일한 직업 또는 사업에 종사하는 다수의 주체가 상호구제를 위하여 보험료에 상당하는 금전을 납입하고 그 가입자에게 소정의 사고가 발생한 경우 공동의 구제를 하는 계약으로, 가입자의 범위가 구성원 또는 특정 지역으로 한정됨.

- ③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

제8조(보험금의 분담)

- ① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

【사례】
 ※ 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과하는 경우 :
 계약A: 보상책임액 1,000만원 / 계약B: 보상책임액 1,000만원 / 손해액 : 1,000만원
 → 계약A보험회사 : 500만원 지급 = 1,000만원 × 1,000만원 / (1,000만원 + 1,000만원)
 → 계약B보험회사 : 500만원 지급 = 1,000만원 × 1,000만원 / (1,000만원 + 1,000만원)

- 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 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(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. 제3자로부터 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 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제1조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
 1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
 2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액한도내에서 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 제1항의 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 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제11조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

- ① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
- ② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

【보상책임을 지는 한도】 동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

-
1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
 2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때
- ⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제12조(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 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
 1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
 2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제13조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에는 계약자 또는 피보험자에게 도달

한 것으로 봅니다.

【계약 후 알릴 의무】

상법 제652조에서 정하고 있는 의무. 보험기간 중에 보험계약자 또는 피보험자가 사고발생 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실을 안 때에는 지체없이 보험자에게 통지하여야 하며, 위반 시 보험계약이 해지되거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다. (이하 같습니다.)

제14조(양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동意的한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무 보험인 경우에는 회사의 서면동의를 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제15조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일 부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제16조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조(조사)

- ① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제18조(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 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

【타인을 위한 계약】

계약자가 다른 사람의 이익을 위해 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제19조(계약의 해지)

- ① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에만 하여 계약을 해지할 수 있습니다..
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
 - 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제13조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ④ 제3항제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
 - 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 - 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ⑤ 제3항에 의한 계약의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제20조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

사회복무요원 보상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 사회복무요원에게 공상 또는 공무상 질병이 발생하여 병역법 제75조(보상 및 치료) 및 제75조의2(재해 등에 대한 보상)에 따라 피보험자가 부담한 손해를 이 약관에 따라 보상합니다.
- ② 제1항의 '공상'이란 보험기간 중에 발생한 아래의 사고를 말합니다.
 1. 복무수행 중 발생한 사고
 2. 복무수행을 준비, 정리하는 과정에서 발생한 사고
 3. 통상적인 경로 및 방법에 의한 출·퇴근 사고
- ③ 제1항의 '공무상 질병'이란 보험기간 중에 진단확정된 아래의 질병을 말합니다.
 1. 복무수행 중 발생한 질병
 2. 복무수행으로 기존의 질병이 현저히 악화된 경우
 3. 복무수행 중 발생한 질병 치료 중 새로이 발생한 질병
- ④ 회사가 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
 1. 피보험자가 병역법 제75조(보상 및 치료) 및 제75조의2(재해 등에 대한 보상)에 따라 지급한 아래의 금액
 - 가. 복무기관에 소속된 사회복무요원이 복무 중에 순직(공상 또는 공무상 질병으로 사망한 경우)하여 피보험자가 부담한 사망보상금
 - 나. 복무기관에 소속된 사회복무요원이 복무 중에 공상 또는 공무상 질병이 발생하여 피보험자가 부담한 장애등급에 따라 지급된 장애보상금 및 신체장애등급을 결정하기 위해 실시한 신체검사비용
 - 다. 복무기관에 소속된 사회복무요원이 복무 중에 공상 또는 공무상 질병으로 의료 시설에 치료를 받아 피보험자가 부담한 의료비용
 2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 나. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던

【설명】

제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에 피보험자가 손해배상청구를 위해 내용증명, 재산조사, 강제집행 등을 수행하고자 지출한 각종 비용을 의미합니다.

비용

- 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
- 라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

【공탁보증보험료】

가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해서 법원에

납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료를 말합니다.’

마. 피보험자가 제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

【사회복무요원】

병역법 제2조(정의 등) 제1항 제10호에 따른 공익 분야에 복무하는 사람을 말함(이하 같습니다.)

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

- ① 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의나 법령위반(고의 또는 중과실로 법령을 위반하고 법령위반사실과 보험사고간 인과관계가 있는 경우에 한함)으로 인한 손해
- ② 불가피한 사유 없이 사회복무요원의 고의 또는 범죄행위로 생긴 손해
- ③ 병역법 제75조의2(재해 등에 대한 보상)에 의해 사망보상금 및 장애보상금을 받는 유족 및 그 가족의 고의
- ④ 피보험자 및 사회복무요원이 정당한 사유 없이 치료 지시를 따르지 않아 그 정도가 악화되거나 회복을 방해한 경우
- ⑤ 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해
- ⑥ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해
- ⑦ 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해
- ⑧ 제7항 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제3조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 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 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제1조(보상하는 손해) 제4항 제1호 및 제2호 ‘다’목 또는 ‘라’목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로

보상하여 드립니다.

제4조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
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

제5조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제4조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 '지급기일'이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표2> '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나, 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연될 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 드리지 않습니다.

제6조(보험금 등의 지급한도)

- ① 회사는 제1조(보상하는 손해) 제4항 제1호 '가'목의 사망보상금은 보험증권에서 정한 금액을 보상하여 드립니다.
- ② 회사는 제1조(보상하는 손해) 제4항 제1호 '나'목의 장애보상금은 보험증권에서 정한 금액을 보상하여 드립니다.
- ③ 회사는 제1조(보상하는 손해) 제4항 제1호 '다'목의 의료비용의 세부지급대상은 공무원 재해보상법 제22조(요양급여)를 준용하여 산정하며 하나의 사고 또는 질병에 대하여 1억원 한도로 보상하여 드립니다.
- ④ 회사는 제1조(보상하는 손해) 제4항 제2호에 따라 피보험자가 지급한 비용을 다음과 같이 보상하여 드립니다.
 1. 제1조(보상하는 손해) 제4항 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
 2. 제1조(보상하는 손해) 제4항 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액의 한도 내에서 보상합니다.
- ⑤ 회사가 제1항, 제2항, 제3항 및 제4항에 의하여 보상을 한 경우에는 보상한도액에서 그 보상액을 뺀 잔액을 나머지 보험기간에 대한 보상한도액으로 합니다.

제7조(의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제8조(보험금의 분담)를 따릅니다.
- ② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

【공제계약】
 공제계약이란 동일한 직업 또는 사업에 종사하는 다수의 주체가 상호구제를 위하여 보험료에 상당하는 금전을 납입하고 그 가입자에게 소정의 사고가 발생한 경우 공동의 구제를 하는 계약으로, 가입자의 범위가 구성원 또는 특정 지역으로 한정됨.

- ③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

제8조(보험금의 분담)

- ① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

【사례】
 ※ 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과하는 경우 :
 계약A: 보상책임액 1,000만원 / 계약B: 보상책임액 1,000만원 / 손해액 : 1,000만원
 → 계약A보험회사 : 500만원 지급 = 1,000만원 × 1,000만원 / (1,000만원 + 1,000만원)
 → 계약B보험회사 : 500만원 지급 = 1,000만원 × 1,000만원 / (1,000만원 + 1,000만원)

- 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 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(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. 제3자로부터 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 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제1조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
 - 1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
 - 2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 - 3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액한도내에서 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 제1항의 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 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제11조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

- ① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
- ② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

【보상책임을 지는 한도】 동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

-
1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
 2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때
- ⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제12조(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 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
 1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
 2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제13조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에는 계약자 또는 피보험자에게 도달

한 것으로 봅니다.

【계약 후 알릴 의무】

상법 제652조에서 정하고 있는 의무. 보험기간 중에 보험계약자 또는 피보험자가 사고발생 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실을 안 때에는 지체없이 보험자에게 통지하여야 하며, 위반 시 보험계약이 해지되거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다. (이하 같습니다.)

제14조(양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동意的한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무 보험인 경우에는 회사의 서면동의를 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제15조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일 부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제16조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조(조사)

- ① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제18조(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 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

【타인을 위한 계약】

계약자가 다른 사람의 이익을 위해 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제19조(계약의 해지)

- ① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에만 하여 계약을 해지할 수 있습니다..
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
 - 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제13조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ④ 제3항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
 - 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 - 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ⑤ 제3항에 의한 계약의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제20조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

10. 자원봉사 관련 담보

자원봉사활동중 상해 사망·후유장해 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 자원봉사활동을 하는 동안 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우 (질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 2. 보험기간 중 위 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 「자원봉사 활동을 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 경로 통행중

< 용어의 정의 >

「자원봉사활동」이란 개인 또는 단체가 지역사회, 국가 및 인류사회를 위하여 대가 없이 자발적으로 시간과 노력을 제공하는 행위로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 사회복지 및 보건 증진에 관한 활동
- ② 지역사회개발·발전에 관한 활동
- ③ 환경보전 및 자연보호에 관한 활동
- ④ 사회적 취약계층의 권익증진 및 청소년의 육성보호에 관한 활동
- ⑤ 교육 및 상담에 관한 활동
- ⑥ 인권옹호 및 평화구현에 관한 활동
- ⑦ 범죄예방 및 선도에 관한 활동
- ⑧ 교통 및 기초질서계도에 관한 활동
- ⑨ 재난관리 및 재해구호에 관한 활동
- ⑩ 문화·관광·예술 및 체육진흥에 관한 활동
- ⑪ 부패방지 및 소비자보호에 관한 활동
- ⑫ 공명선거에 관한 활동
- ⑬ 국제협력 및 해외봉사활동
- ⑭ 공공행정분야 사무 지원에 관한 활동
- ⑮ 그 밖에 공익사업의 수행 또는 주민복리의 증진에 필요한 활동
- ⑯ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중상해 입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 발생한 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180 일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ④ 제1항의 「자원봉사 활동을 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 경로 통행중

< 용어의 정의 >

「자원봉사활동」이란 개인 또는 단체가 지역사회, 국가 및 인류사회를 위하여 대가없이 자발적으로 시간과 노력을 제공하는 행위로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 사회복지 및 보건 증진에 관한 활동
- ② 지역사회개발·발전에 관한 활동
- ③ 환경보전 및 자연보호에 관한 활동
- ④ 사회적 취약계층의 권익증진 및 청소년의 육성보호에 관한 활동
- ⑤ 교육 및 상담에 관한 활동
- ⑥ 인권옹호 및 평화구현에 관한 활동
- ⑦ 범죄예방 및 선도에 관한 활동
- ⑧ 교통 및 기초질서계도에 관한 활동
- ⑨ 재난관리 및 재해구호에 관한 활동
- ⑩ 문화·관광·예술 및 체육진흥에 관한 활동
- ⑪ 부패방지 및 소비자보호에 관한 활동
- ⑫ 공명선거에 관한 활동
- ⑬ 국제협력 및 해외봉사활동
- ⑭ 공공행정분야 사무 지원에 관한 활동
- ⑮ 그 밖에 공익사업의 수행 또는 주민복리의 증진에 필요한 활동
- ⑯ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

● 입원

이 보험에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

● 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 질병입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 자원봉사 활동을 하는 동안 발생한 질병으로 인하여 보험기간내 또는 보험기간 만료후 30일 이내에 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 "자원봉사 활동을 하는 동안"이라 함은 회사의 책임의 시기 이후 보험기간의 종기 사이에 아래의 경우를 포함한 날을 말하며, 해당일 0시에서 시작하여 24시에 끝나는 기간을 말합니다.
 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
 2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동 장소에 있는 동안
 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로통행중
- ③ 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ④ 피보험자가 동일한 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 그 질병의 결과로 입원하고 있지 않은 기간이 1년을 경과하지 않는 한 이를 하나의 질병에 의한 입원으로 봅니다.
- ⑤ 위 제1항, 제3항에도 불구하고 피보험자가 입원기간 동안에 다수의 질병을 동시에 치료하는 경우에도 입원 1일당 회사의 보상액은 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제3항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

< 용어의 정의 >

「자원봉사활동」이란 개인 또는 단체가 지역사회, 국가 및 인류사회를 위하여 대가없이 자발적으로 시간과 노력을 제공하는 행위로써 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 사회복지 및 보건 증진에 관한 활동
- ② 지역사회개발·발전에 관한 활동
- ③ 환경보전 및 자연보호에 관한 활동
- ④ 사회적 취약계층의 권익증진 및 청소년의 육성보호에 관한 활동
- ⑤ 교육 및 상담에 관한 활동
- ⑥ 인권옹호 및 평화구현에 관한 활동
- ⑦ 범죄예방 및 선도에 관한 활동
- ⑧ 교통 및 기초질서계도에 관한 활동
- ⑨ 재난관리 및 재해구호에 관한 활동
- ⑩ 문화·관광·예술 및 체육진흥에 관한 활동
- ⑪ 부패방지 및 소비자보호에 관한 활동
- ⑫ 공명선거에 관한 활동
- ⑬ 국제협력 및 해외봉사활동

⑭ 공공행정분야 사무 지원에 관한 활동

⑮ 그 밖에 공익사업의 수행 또는 주민복리의 증진에 필요한 활동

⑯ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제1항 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 선천성 뇌질환, 심신상실 및 정신적 기능장애
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.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
4. 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사자 배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자가 자원봉사 활동을 하는 동안 생긴 우연한 사고로 인하여 타인의 신체
의 장애 또는 재물의 없어짐, 훼손 혹은 망가짐에 따른 법률상의 배상책임을 부담함으
로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 “자원봉사 활동을 하는 동안”이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
 2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로통행중
- ③ 회사가 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
 1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
 2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하
여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용.
 - 나. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받
을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던

【설명】

제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에 피보험자가 손해배상청구를
위해 내용증명, 재산조사, 강제집행 등을 수행하고자 지출한 각종 비용을 의
미합니다.

비용

- 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
- 라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러
한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

【공탁보증보험료】

가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으
로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해서 법원에
납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료를 말합니다.

- 마. 피보험자가 제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의
요구에 따르기 위하여 지출한 비용

< 용어의 정의 >

「자원봉사활동」이란 개인 또는 단체가 지역사회, 국가 및 인류사회를 위하여
대가없이 자발적으로 시간과 노력을 제공하는 행위로써 다음의 어느 하나에
해당하는 것을 말합니다.

- ① 사회복지 및 보건 증진에 관한 활동
- ② 지역사회개발·발전에 관한 활동
- ③ 환경보전 및 자연보호에 관한 활동
- ④ 사회적 취약계층의 권익증진 및 청소년의 육성보호에 관한 활동
- ⑤ 교육 및 상담에 관한 활동

- ⑥ 인권옹호 및 평화구현에 관한 활동
- ⑦ 범죄예방 및 선도에 관한 활동
- ⑧ 교통 및 기초질서계도에 관한 활동
- ⑨ 재난관리 및 재해구호에 관한 활동
- ⑩ 문화·관광·예술 및 체육진흥에 관한 활동
- ⑪ 부패방지 및 소비자보호에 관한 활동
- ⑫ 공명선거에 관한 활동
- ⑬ 국제협력 및 해외봉사활동
- ⑭ 공공행정분야 사무 지원에 관한 활동
- ⑮ 그 밖에 공익사업의 수행 또는 주민복리의 증진에 필요한 활동
- ⑯ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 손해배상책임을 부담하게 됨으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 따라 가중된 배상책임
2. 피보험자와 세대를 같이하는 친족(민법 제777조 규정의 범위와 같습니다)에 대한 배상책임
3. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
5. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
6. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
7. 계약자나 피보험자의 고의
8. 보험수익자(이하 "수익자"라 합니다)의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
9. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
11. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
12. 제11호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제3조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 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 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제1조(보상하는 손해) 제3항 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

제4조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
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

제5조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제4조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 '지급기일'이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표2> '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나, 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연될 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 드리지 않습니다.

제6조(보험금 등의 지급한도)

- ① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기 부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
 1. 제1조(보상하는 손해) 제3항 제1호의 손해배상금 : 보상한도액을 한도로 보상하되,

자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.

2. 제1조(보상하는 손해) 제3항 제2호 ‘가’목, ‘나’목 또는 ‘마’목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

3. 제1조(보상하는 손해) 제3항 제2호 ‘다’목 또는 ‘라’목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액내에서 보상합니다.

② 보험기간 중 발생하는 사고에 대한 회사의 보상총액은 보험증권에 기재된 총 보상한도액을 한도로 합니다.

제7조(의무보험과의 관계)

① 회사는 이 약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제8조(보험금의 분담)를 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

【공제계약】
공제계약이란 동일한 직업 또는 사업에 종사하는 다수의 주체가 상호구제를 위하여 보험료에 상당하는 금전을 납입하고 그 가입자에게 소정의 사고가 발생한 경우 공동의 구제를 하는 계약으로, 가입자의 범위가 구성원 또는 특정 지역으로 한정됨.

③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

【사례】
※ 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과하는 경우 :
계약A: 보상책임액 1,000만원 / 계약B: 보상책임액 1,000만원 / 손해액 : 1,000만원
→ 계약A보험회사 : 500만원 지급 = 1,000만원 × 1,000만원 / (1,000만원 + 1,000만원)
→ 계약B보험회사 : 500만원 지급 = 1,000만원 × 1,000만원 / (1,000만원 + 1,000만원)

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 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한

지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(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. 제3자로부터 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 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제1조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
 - 1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
 - 2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 - 3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액한도내에서 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 제1항의 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 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제11조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

- ① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

-
- ② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

【보상책임을 지는 한도】 동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.
1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
 2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때
- ⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제12조(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 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
 2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제13조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하
-

고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에는 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다.

【계약 후 알릴 의무】

상법 제652조에서 정하고 있는 의무. 보험기간 중에 보험계약자 또는 피보험자가 사고발생 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실을 안 때에는 지체없이 보험자에게 통지하여야 하며, 위반 시 보험계약이 해지되거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다. (이하 같습니다.)

제14조(양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면동의를 한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의를 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제15조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일 부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제16조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조(조사)

- ① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자

의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제18조(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 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

【타인을 위한 계약】

계약자가 다른 사람의 이익을 위해 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제19조(계약의 해지)

- ① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에만 하여 계약을 해지할 수 있습니다..
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때.
 - 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제13조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ④ 제3항제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
 - 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 - 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는

피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

- ⑤ 제3항에 의한 계약의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제20조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 상해통원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 발생한 상해의 직접결과로써 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 지급일수 30일을 한도로 통원 1일에 대하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 통원일당으로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 30일을 한도로 보상하여 드립니다.
- ③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1일로 간주하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.
- ④ 제1항의 "자원봉사활동을 하는 동안"이라 함은 회사의 책임의 시기 이후 보험기간의 종기 사이에 아래의 경우를 포함한 날을 말하며, 해당일 0시에서 시작하여 24시에 끝나는 기간을 말합니다.
 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
 2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동 장소에 있는 동안
 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

< 용어의 정의 >

「자원봉사활동」이란 개인 또는 단체가 지역사회, 국가 및 인류사회를 위하여 대가없이 자발적으로 시간과 노력을 제공하는 행위로써 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 사회복지 및 보건의 증진에 관한 활동
- ② 지역사회개발·발전에 관한 활동
- ③ 환경보전 및 자연보호에 관한 활동
- ④ 사회적 취약계층의 권익증진 및 청소년의 육성보호에 관한 활동
- ⑤ 교육 및 상담에 관한 활동
- ⑥ 인권옹호 및 평화구현에 관한 활동
- ⑦ 범죄예방 및 선도에 관한 활동
- ⑧ 교통 및 기초질서계도에 관한 활동
- ⑨ 재난관리 및 재해구호에 관한 활동
- ⑩ 문화·관광·예술 및 체육진흥에 관한 활동
- ⑪ 부패방지 및 소비자보호에 관한 활동
- ⑫ 공명선거에 관한 활동
- ⑬ 국제협력 및 해외봉사활동
- ⑭ 공공행정분야 사무 지원에 관한 활동
- ⑮ 그 밖에 공익사업의 수행 또는 주민복리의 증진에 필요한 활동
- ⑯ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순 봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다.
 2. 계약자의 고의
 3. 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 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 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 탑승하고 있는 동안

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 골절수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 자원봉사 활동을 하는 동안 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해로 신체에 【별표22】(골절분류표)에 정한 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 한 종류의 골절수술비 보험금만을 지급합니다.
- ② 제1항의 "자원봉사활동을 하는 동안"이라 함은 회사의 책임의 시기 이후 보험기간의 종기사이애 아래의 경우를 포함한 날을 말하며, 해당일 0시에서 시작하여 24시에 끝나는 기간을 말합니다.
 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
 2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동 장소에 있는 동안
 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

< 용어의 정의 >

「자원봉사활동」이란 개인 또는 단체가 지역사회, 국가 및 인류사회를 위하여 대가없이 자발적으로 시간과 노력을 제공하는 행위로써 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 사회복지 및 보건 증진에 관한 활동
- ② 지역사회개발·발전에 관한 활동
- ③ 환경보전 및 자연보호에 관한 활동
- ④ 사회적 취약계층의 권익증진 및 청소년의 육성보호에 관한 활동
- ⑤ 교육 및 상담에 관한 활동
- ⑥ 인권옹호 및 평화구현에 관한 활동
- ⑦ 범죄예방 및 선도에 관한 활동
- ⑧ 교통 및 기초질서계도에 관한 활동
- ⑨ 재난관리 및 재해구호에 관한 활동
- ⑩ 문화·관광·예술 및 체육진흥에 관한 활동
- ⑪ 부패방지 및 소비자보호에 관한 활동
- ⑫ 공명선거에 관한 활동
- ⑬ 국제협력 및 해외봉사활동
- ⑭ 공공행정분야 사무 지원에 관한 활동
- ⑮ 그 밖에 공익사업의 수행 또는 주민복리의 증진에 필요한 활동
- ⑯ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순 봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술 (다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 골절진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 자원봉사 활동을 하는 동안 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표22】(골절분류표)에 정한 골절로 진단 확정된 경우에는 1사고마다 골절진단비 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 인하여 두 종류 이상의 골절이 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 제1항의 "자원봉사활동을 하는 동안"이라 함은 회사의 책임의 시기 이후 보험기간의 종기 사이에 아래의 경우를 포함한 날을 말하며, 해당일 0시에서 시작하여 24시에 끝나는 기간을 말합니다.
 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
 2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동 장소에 있는 동안
 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

< 용어의 정의 >

「자원봉사활동」이란 개인 또는 단체가 지역사회, 국가 및 인류사회를 위하여 대가없이 자발적으로 시간과 노력을 제공하는 행위로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 사회복지 및 보건 증진에 관한 활동
- ② 지역사회개발·발전에 관한 활동
- ③ 환경보전 및 자연보호에 관한 활동
- ④ 사회적 취약계층의 권익증진 및 청소년의 육성보호에 관한 활동
- ⑤ 교육 및 상담에 관한 활동
- ⑥ 인권옹호 및 평화구현에 관한 활동
- ⑦ 범죄예방 및 선도에 관한 활동
- ⑧ 교통 및 기초질서계도에 관한 활동
- ⑨ 재난관리 및 재해구호에 관한 활동
- ⑩ 문화·관광·예술 및 체육진흥에 관한 활동
- ⑪ 부패방지 및 소비자보호에 관한 활동
- ⑫ 공명선거에 관한 활동
- ⑬ 국제협력 및 해외봉사활동
- ⑭ 공공행정분야 사무 지원에 관한 활동
- ⑮ 그 밖에 공익사업의 수행 또는 주민복리의 증진에 필요한 활동
- ⑯ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순 봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 화상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 자원봉사 활동을 하는 동안 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해로 인하여 화상으로 진단 확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 수술을 받은 경우에는 한 종류의 화상수술비 보험금만을 지급합니다.
- ② 제1항의 화상이라 함은 【별표23】(화상분류표)에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
- ③ 제1항의 "자원봉사활동을 하는 동안"이라 함은 회사의 책임의 시기 이후 보험기간의 종기 사이에 아래의 경우를 포함한 날을 말하며, 해당일 0시에서 시작하여 24시에 끝나는 기간을 말합니다.
 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
 2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동 장소에 있는 동안
 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

< 용어의 정의 >

「자원봉사활동」이란 개인 또는 단체가 지역사회, 국가 및 인류사회를 위하여 대가없이 자발적으로 시간과 노력을 제공하는 행위로써 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 사회복지 및 보건 증진에 관한 활동
- ② 지역사회개발·발전에 관한 활동
- ③ 환경보전 및 자연보호에 관한 활동
- ④ 사회적 취약계층의 권익증진 및 청소년의 육성보호에 관한 활동
- ⑤ 교육 및 상담에 관한 활동
- ⑥ 인권옹호 및 평화구현에 관한 활동
- ⑦ 범죄예방 및 선도에 관한 활동
- ⑧ 교통 및 기초질서계도에 관한 활동
- ⑨ 재난관리 및 재해구호에 관한 활동
- ⑩ 문화·관광·예술 및 체육진흥에 관한 활동
- ⑪ 부패방지 및 소비자보호에 관한 활동
- ⑫ 공명선거에 관한 활동
- ⑬ 국제협력 및 해외봉사활동
- ⑭ 공공행정분야 사무 지원에 관한 활동
- ⑮ 그 밖에 공익사업의 수행 또는 주민복리의 증진에 필요한 활동
- ⑯ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순 봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술 (다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제3조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 화상진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 자원봉사 활동을 하는 동안 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해로 인하여 【별표23】(화상분류표)에서 정하는 화상으로 진단확정된 경우 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 지급합니다.
- ② 제1항의 「화상」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 의하여 【별표23】(화상분류표)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도이상의 화상을 말합니다.
- ③ 제1항의 "자원봉사활동을 하는 동안"이라 함은 회사의 책임의 시기 이후 보험기간의 종기사이에 아래의 경우를 포함한 날을 말하며, 해당일 0시에서 시작하여 24시에 끝나는 기간을 말합니다.
 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
 2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동 장소에 있는 동안
 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

< 용어의 정의 >

「자원봉사활동」이란 개인 또는 단체가 지역사회, 국가 및 인류사회를 위하여 대가없이 자발적으로 시간과 노력을 제공하는 행위로써 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 사회복지 및 보건 증진에 관한 활동
- ② 지역사회개발·발전에 관한 활동
- ③ 환경보전 및 자연보호에 관한 활동
- ④ 사회적 취약계층의 권익증진 및 청소년의 육성보호에 관한 활동
- ⑤ 교육 및 상담에 관한 활동
- ⑥ 인권옹호 및 평화구현에 관한 활동
- ⑦ 범죄예방 및 선도에 관한 활동
- ⑧ 교통 및 기초질서계도에 관한 활동
- ⑨ 재난관리 및 재해구호에 관한 활동
- ⑩ 문화·관광·예술 및 체육진흥에 관한 활동
- ⑪ 부패방지 및 소비자보호에 관한 활동
- ⑫ 공명선거에 관한 활동
- ⑬ 국제협력 및 해외봉사활동
- ⑭ 공공행정분야 사무 지원에 관한 활동
- ⑮ 그 밖에 공익사업의 수행 또는 주민복리의 증진에 필요한 활동
- ⑯ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순 봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태인 경우에는 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 교통상해입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 자원봉사활동을 하는 동안 아래에 정한 사고로 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180 일을 한도로 합니다.
1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 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 외래의 상해
- ② 제1항의 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 제2조에 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)
- ③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ④ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.
- ⑤ 제1항의 "자원봉사활동을 하는 동안"이라 함은 회사의 책임의 시기 이후 보험기간의 종기 사이에 아래의 경우를 포함한 날을 말하며, 해당일 0시에서 시작하여 24시에 끝나는 기간을 말합니다.
1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
 2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동 장소에 있는 동안
 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

< 용어의 정의 >

「자원봉사활동」이란 개인 또는 단체가 지역사회, 국가 및 인류사회를 위하여 대가없이 자발적으로 시간과 노력을 제공하는 행위로써 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 사회복지 및 보건 증진에 관한 활동

- ② 지역사회개발·발전에 관한 활동
- ③ 환경보전 및 자연보호에 관한 활동
- ④ 사회적 취약계층의 권익증진 및 청소년의 육성보호에 관한 활동
- ⑤ 교육 및 상담에 관한 활동
- ⑥ 인권옹호 및 평화구현에 관한 활동
- ⑦ 범죄예방 및 선도에 관한 활동
- ⑧ 교통 및 기초질서계도에 관한 활동
- ⑨ 재난관리 및 재해구호에 관한 활동
- ⑩ 문화·관광·예술 및 체육진흥에 관한 활동
- ⑪ 부패방지 및 소비자보호에 관한 활동
- ⑫ 공명선거에 관한 활동
- ⑬ 국제협력 및 해외봉사활동
- ⑭ 공공행정분야 사무 지원에 관한 활동
- ⑮ 그 밖에 공익사업의 수행 또는 주민복리의 증진에 필요한 활동
- ⑯ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순 봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

● 입원

이 보험에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

● 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 골절진단비(치아파절제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 자원봉사활동을 하는 동안 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표29】(골절(치아파절 제외)분류표)에 정한 골절로 진단 확정된 경우에는 1사고마다 골절진단비 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 인하여 두 종류 이상의 골절이 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 제1항의 "자원봉사활동을 하는 동안"이라 함은 회사의 책임의 시기 이후 보험기간의 종기사이에 아래의 경우를 포함한 날을 말하며, 해당일 0시에서 시작하여 24시에 끝나는 기간을 말합니다.
 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
 2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동 장소에 있는 동안
 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

< 용어의 정의 >

「자원봉사활동」이란 개인 또는 단체가 지역사회, 국가 및 인류사회를 위하여 대가없이 자발적으로 시간과 노력을 제공하는 행위로써 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 사회복지 및 보건의 증진에 관한 활동
- ② 지역사회개발·발전에 관한 활동
- ③ 환경보전 및 자연보호에 관한 활동
- ④ 사회적 취약계층의 권익증진 및 청소년의 육성보호에 관한 활동
- ⑤ 교육 및 상담에 관한 활동
- ⑥ 인권옹호 및 평화구현에 관한 활동
- ⑦ 범죄예방 및 선도에 관한 활동
- ⑧ 교통 및 기초질서계도에 관한 활동
- ⑨ 재난관리 및 재해구호에 관한 활동
- ⑩ 문화·관광·예술 및 체육진흥에 관한 활동
- ⑪ 부패방지 및 소비자보호에 관한 활동
- ⑫ 공명선거에 관한 활동
- ⑬ 국제협력 및 해외봉사활동
- ⑭ 공공행정분야 사무 지원에 관한 활동
- ⑮ 그 밖에 공익사업의 수행 또는 주민복리의 증진에 필요한 활동
- ⑯ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순 봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 식중독치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 자원봉사활동을 하는 동안 음식물의 섭취로 인해 중독(이하 「식중독」이라 합니다.)이 발생하여 식중독으로 진단 확정되고 그 직접적인 결과로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 2일 이상 입원하여 치료를 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 식중독치료비로 지급합니다. 다만, 입원하지 않고 외래진료만 받은 경우는 제외합니다.
- ② 제1항의 식중독이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요증세로 하는 급성질환으로서 **【별표10】**(식중독분류표)에 해당하는 질병으로 분류되는 경우에 한합니다.
- ③ 제1항의 "자원봉사활동을 하는 동안"이라 함은 회사의 책임의 시기 이후 보험기간의 종기사이에 아래의 경우를 포함한 날을 말하며, 해당일 0시에서 시작하여 24시에 끝나는 기간을 말합니다.
 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
 2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동 장소에 있는 동안
 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

< 용어의 정의 >

「자원봉사활동」이란 개인 또는 단체가 지역사회, 국가 및 인류사회를 위하여 대가없이 자발적으로 시간과 노력을 제공하는 행위로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 사회복지 및 보건 증진에 관한 활동
- ② 지역사회개발·발전에 관한 활동
- ③ 환경보전 및 자연보호에 관한 활동
- ④ 사회적 취약계층의 권익증진 및 청소년의 육성보호에 관한 활동
- ⑤ 교육 및 상담에 관한 활동
- ⑥ 인권옹호 및 평화구현에 관한 활동
- ⑦ 범죄예방 및 선도에 관한 활동
- ⑧ 교통 및 기초질서계도에 관한 활동
- ⑨ 재난관리 및 재해구호에 관한 활동
- ⑩ 문화·관광·예술 및 체육진흥에 관한 활동
- ⑪ 부패방지 및 소비자보호에 관한 활동
- ⑫ 공명선거에 관한 활동
- ⑬ 국제협력 및 해외봉사활동
- ⑭ 공공행정분야 사무 지원에 관한 활동
- ⑮ 그 밖에 공익사업의 수행 또는 주민복리의 증진에 필요한 활동
- ⑯ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순 봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

● 입원

이 보험에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

● 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 탈구, 신경손상, 으깬손상 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 자원봉사활동을 하는 동안 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표28】(탈구, 신경손상, 으깬손상 분류표)에 정한 탈구, 신경손상, 으깬손상으로 진단 확정된 경우에는 1사고마다 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 인하여 두 종류 이상의 탈구, 신경손상, 으깬손상이 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 제1항의 "자원봉사활동을 하는 동안"이라 함은 회사의 책임의 시기 이후 보험기간의 종기사이에 아래의 경우를 포함한 날을 말하며, 해당일 0시에서 시작하여 24시에 끝나는 기간을 말합니다.
 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
 2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동 장소에 있는 동안
 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

< 용어의 정의 >

「자원봉사활동」이란 개인 또는 단체가 지역사회, 국가 및 인류사회를 위하여 대가없이 자발적으로 시간과 노력을 제공하는 행위로써 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 사회복지 및 보건 증진에 관한 활동
- ② 지역사회개발·발전에 관한 활동
- ③ 환경보전 및 자연보호에 관한 활동
- ④ 사회적 취약계층의 권익증진 및 청소년의 육성보호에 관한 활동
- ⑤ 교육 및 상담에 관한 활동
- ⑥ 인권옹호 및 평화구현에 관한 활동
- ⑦ 범죄예방 및 선도에 관한 활동
- ⑧ 교통 및 기초질서계도에 관한 활동
- ⑨ 재난관리 및 재해구호에 관한 활동
- ⑩ 문화·관광·예술 및 체육진흥에 관한 활동
- ⑪ 부패방지 및 소비자보호에 관한 활동
- ⑫ 공명선거에 관한 활동
- ⑬ 국제협력 및 해외봉사활동
- ⑭ 공공행정분야 사무 지원에 관한 활동
- ⑮ 그 밖에 공익사업의 수행 또는 주민복리의 증진에 필요한 활동
- ⑯ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순 봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 외상성 절단 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 자원봉사활동을 하는 동안 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표30】(외상성 절단 분류표)에 정한 외상성 절단으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다.
- ② 동일한 사고를 직접적인 원인으로 하여 복합적인 외상성 절단 진단시에는 외상성 절단 진단비를 1회에 한하여 지급합니다.
- ③ 제1항에서 외상성 절단의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.
- ④ 제1항의 "자원봉사활동을 하는 동안"이라 함은 회사의 책임의 시기 이후 보험기간의 종기사이에 아래의 경우를 포함한 날을 말하며, 해당일 0시에서 시작하여 24시에 끝나는 기간을 말합니다.
 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
 2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동 장소에 있는 동안
 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

< 용어의 정의 >

「자원봉사활동」이란 개인 또는 단체가 지역사회, 국가 및 인류사회를 위하여 대가없이 자발적으로 시간과 노력을 제공하는 행위로써 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 사회복지 및 보건 증진에 관한 활동
- ② 지역사회개발·발전에 관한 활동
- ③ 환경보전 및 자연보호에 관한 활동
- ④ 사회적 취약계층의 권익증진 및 청소년의 육성보호에 관한 활동
- ⑤ 교육 및 상담에 관한 활동
- ⑥ 인권옹호 및 평화구현에 관한 활동
- ⑦ 범죄예방 및 선도에 관한 활동
- ⑧ 교통 및 기초질서계도에 관한 활동
- ⑨ 재난관리 및 재해구호에 관한 활동
- ⑩ 문화·관광·예술 및 체육진흥에 관한 활동
- ⑪ 부패방지 및 소비자보호에 관한 활동
- ⑫ 공명선거에 관한 활동
- ⑬ 국제협력 및 해외봉사활동
- ⑭ 공공행정분야 사무 지원에 관한 활동
- ⑮ 그 밖에 공익사업의 수행 또는 주민복리의 증진에 필요한 활동
- ⑯ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순 봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 폭력위로금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 자원봉사활동을 하는 동안 일상생활중 제3자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 신체에 상해를 입었을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다. 다만, 관할경찰서의 폭력사고 확인서를 제출하여야 합니다.
- ② 제1항의 "자원봉사활동을 하는 동안"이라 함은 회사의 책임의 시기 이후 보험기간의 중 기사이에 아래의 경우를 포함한 날을 말하며, 해당일 0시에서 시작하여 24시에 끝나는 기간을 말합니다.
 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
 2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동 장소에 있는 동안
 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

< 용어의 정의 >

「자원봉사활동」이란 개인 또는 단체가 지역사회, 국가 및 인류사회를 위하여 대가없이 자발적으로 시간과 노력을 제공하는 행위로써 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 사회복지 및 보건 증진에 관한 활동
- ② 지역사회개발·발전에 관한 활동
- ③ 환경보전 및 자연보호에 관한 활동
- ④ 사회적 취약계층의 권익증진 및 청소년의 육성보호에 관한 활동
- ⑤ 교육 및 상담에 관한 활동
- ⑥ 인권옹호 및 평화구현에 관한 활동
- ⑦ 범죄예방 및 선도에 관한 활동
- ⑧ 교통 및 기초질서계도에 관한 활동
- ⑨ 재난관리 및 재해구호에 관한 활동
- ⑩ 문화·관광·예술 및 체육진흥에 관한 활동
- ⑪ 부패방지 및 소비자보호에 관한 활동
- ⑫ 공명선거에 관한 활동
- ⑬ 국제협력 및 해외봉사활동
- ⑭ 공공행정분야 사무 지원에 관한 활동
- ⑮ 그 밖에 공익사업의 수행 또는 주민복리의 증진에 필요한 활동
- ⑯ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순 봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 성폭력범죄위로금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 자원봉사활동을 하는 동안 피보험자에게 다음 각 호에서 정하는 성폭력범죄로 피해가 발생(이하 「성폭력범죄피해의 발생」이라 함)한 경우 이 특별약관 보험가입금액을 성폭력범죄위로금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

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 등에 관한 특례법의 성폭력범죄 중

제3조(특수강도강간 등)

제4조(특수강간 등)

제5조(친족관계에 의한 강간 등)

제6조(장애인에 대한 강간·강제추행 등)

제7조(13세미만의 미성년자에 대한 강간, 강제추행 등)

제8조(강간 등 상해·치상)

제9조(강간 등 살인·치상)

제10조(업무상 위력 등에 의한 추행)

제11조(공중밀집장소에서의 추행)

② 제1항의 「성폭력범죄피해의 발생」이라 함은 피해자 신고나 제3자 신고, 고소, 고발 등을 경찰관이 접수하여 수사를 진행한 후 검사에 의해 공소제기 즉 기소된 경우(약식 기소의 경우를 포함합니다) 또는 경찰관의 수사결과 성폭력범죄의 발생사실은 명백하나 범인을 검거하지 못한 경우를 말합니다.

<용어풀이>

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 상당하다

고 생각되는 경우에는 기소와 동시에 법원에 대하여 벌금형에 처해달라는 뜻의 약식명령을 청구할 수 있는데 이를 약식기소라 함

- ③ 제1항의 "자원봉사활동을 하는 동안"이라 함은 회사의 책임의 시기 이후 보험기간의 종기 사이에 아래의 경우를 포함한 날을 말하며, 해당일 0시에서 시작하여 24시에 끝나는 기간을 말합니다.
1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
 2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동 장소에 있는 동안
 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

< 용어의 정의 >

「자원봉사활동」이란 개인 또는 단체가 지역사회, 국가 및 인류사회를 위하여 대가없이 자발적으로 시간과 노력을 제공하는 행위로써 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 사회복지 및 보건 증진에 관한 활동
- ② 지역사회개발·발전에 관한 활동
- ③ 환경보전 및 자연보호에 관한 활동
- ④ 사회적 취약계층의 권익증진 및 청소년의 육성보호에 관한 활동
- ⑤ 교육 및 상담에 관한 활동
- ⑥ 인권옹호 및 평화구현에 관한 활동
- ⑦ 범죄예방 및 선도에 관한 활동
- ⑧ 교통 및 기초질서계도에 관한 활동
- ⑨ 재난관리 및 재해구호에 관한 활동
- ⑩ 문화·관광·예술 및 체육진흥에 관한 활동
- ⑪ 부패방지 및 소비자보호에 관한 활동
- ⑫ 공명선거에 관한 활동
- ⑬ 국제협력 및 해외봉사활동
- ⑭ 공공행정분야 사무 지원에 관한 활동
- ⑮ 그 밖에 공익사업의 수행 또는 주민복리의 증진에 필요한 활동
- ⑯ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순 봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 상해 수술비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 자원봉사활동을 하는 동안 발생한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 【별표20】(수술분류표)에서 정하는 상해수술을 받았을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 수술비로 지급합니다.
- ② 제1항의 "자원봉사활동을 하는 동안"이라 함은 회사의 책임의 시기 이후 보험기간의 종기 사이에 아래의 경우를 포함한 날을 말하며, 해당일 0시에서 시작하여 24시에 끝나는 기간을 말합니다.
 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
 2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동 장소에 있는 동안
 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

< 용어의 정의 >

「자원봉사활동」이란 개인 또는 단체가 지역사회, 국가 및 인류사회를 위하여 대가없이 자발적으로 시간과 노력을 제공하는 행위로써 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 사회복지 및 보건의 증진에 관한 활동
- ② 지역사회개발·발전에 관한 활동
- ③ 환경보전 및 자연보호에 관한 활동
- ④ 사회적 취약계층의 권익증진 및 청소년의 육성보호에 관한 활동
- ⑤ 교육 및 상담에 관한 활동
- ⑥ 인권옹호 및 평화구현에 관한 활동
- ⑦ 범죄예방 및 선도에 관한 활동
- ⑧ 교통 및 기초질서계도에 관한 활동
- ⑨ 재난관리 및 재해구호에 관한 활동
- ⑩ 문화·관광·예술 및 체육진흥에 관한 활동
- ⑪ 부패방지 및 소비자보호에 관한 활동
- ⑫ 공명선거에 관한 활동
- ⑬ 국제협력 및 해외봉사활동
- ⑭ 공공행정분야 사무 지원에 관한 활동
- ⑮ 그 밖에 공익사업의 수행 또는 주민복리의 증진에 필요한 활동
- ⑯ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순 봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

11. 군복무 관련 담보

군복무중 상해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 군복무기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 「군복무기간」이라 함은 피보험자가 병역법에 의하여 군복무를 위해 입영한 시점부터(군복무중일 경우 이 보험에 가입한때부터) 군인사법에 의한 전역, 퇴역, 제적 등으로 인한 전역(이하 “전역”이라 합니다)일까지의 기간을 말합니다. 보험기간의 종료일이 전역일보다 빠른 경우 보험기간 종료일을 전역일로 봅니다.

제2조(피보험자의 범위)

- ① 이 보험의 피보험자는 보험증권에 기재된 군인으로 합니다.
- ② 군인이라 함은 군인사법 제2조에서 정한 현역에 복무하는 장교, 준사관, 부사관 및 병 등을 말하며, 병역법 제25조에 의한 추천에 의한 전환복무자를 포함합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

군복무중 물리치료 장려금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 군복무기간 중에 군복무중 상해 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해를 입었을 때 그 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)의 장해지급률이 50%이상에 해당하는 고도후유장해가 남았을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 물리치료 장려금으로 이 특별약관에 따라 피보험자에게 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 같은 보험연도(보험에 가입한 날부터 매 1년이 되는 시점까지의 기간단위를 말합니다)에 50%이상 후유장해사고가 두 번 이상 발생했을 때에는 한 번에 한하여 보장하여 드립니다.
- ③ 제1항의 「군복무기간」이라 함은 피보험자가 병역법에 의하여 군복무를 위해 입영한 시점부터(군복무종일 경우 이 보험에 가입한때부터) 군인사법에 의한 전역, 퇴역, 제적 등으로 인한 전역(이하 “전역”이라 합니다)일까지의 기간을 말합니다. 보험기간의 종료일이 전역일보다 빠른 경우 보험기간 종료일을 전역일로 봅니다.

제2조(피보험자의 범위)

- ① 이 보험의 피보험자는 보험증권에 기재된 군인으로 합니다.
- ② 군인이라 함은 군인사법 제2조에서 정한 현역에 복무하는 장교, 준사관, 부사관 및 병 등을 말하며, 병역법 제25조에 의한 추천에 의한 전환복무자를 포함합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

군복무중 재활치료 보조금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 군복무기간 중에 군복무중 상해 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 상해를 입었을 때 그 상해로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다.)의 장해지급률이 80%이상에 해당하는 고도후유장해가 남았을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 재활치료 보조금으로 이 특별약관에 따라 피보험자에게 지급하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 같은 보험연도(보험에 가입한 날부터 매 1년이 되는 시점까지의 기간단위를 말합니다)에 80%이상 후유장해사고가 두 번 이상 발생했을 때에는 한 번에 한하여 보장하여 드립니다.
- ③ 제1항의 「군복무기간」이라 함은 피보험자가 병역법에 의하여 군복무를 위해 입영한 시점부터(군복무중일 경우 이 보험에 가입한때부터) 군인사법에 의한 전역, 퇴역, 제적 등으로 인한 전역(이하 “전역”이라 합니다)일까지의 기간을 말합니다. 보험기간의 종료일이 전역일보다 빠른 경우 보험기간 종료일을 전역일로 봅니다.

제2조(피보험자의 범위)

- ① 이 보험의 피보험자는 보험증권에 기재된 군인으로 합니다.
- ② 군인이라 함은 군인사법 제2조에서 정한 현역에 복무하는 장교, 준사관, 부사관 및 병 등을 말하며, 병역법 제25조에 의한 추천에 의한 전환복무자를 포함합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

군복무중 중증장애 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 군복무기간 중에 군복무중 상해 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 상해를 입었을 때 그 상해로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다.)의 장해지급률이 100%에 해당하는 고도후유장해가 남았을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 중증장애 보험금으로 이 특별약관에 따라 피보험자에게 지급하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 같은 보험연도(보험에 가입한 날부터 매 1년이 되는 시점까지의 기간단위를 말합니다)에 100%이상 후유장해사고가 두 번 이상 발생했을 때에는 한 번에 한하여 보장하여 드립니다.
- ③ 제1항의 「군복무기간」이라 함은 피보험자가 병역법에 의하여 군복무를 위해 입영한 시점부터(군복무중일 경우 이 보험에 가입한때부터) 군인사법에 의한 전역, 퇴역, 제적 등으로 인한 전역(이하 “전역”이라 합니다)일까지의 기간을 말합니다. 보험기간의 종료일이 전역일보다 빠른 경우 보험기간 종료일을 전역일로 봅니다.

제2조(피보험자의 범위)

- ① 이 보험의 피보험자는 보험증권에 기재된 군인으로 합니다.
- ② 군인이라 함은 군인사법 제2조에서 정한 현역에 복무하는 장교, 준사관, 부사관 및 병 등을 말하며, 병역법 제25조에 의한 추천에 의한 전환복무자를 포함합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

전우(戰友)상해·질병사망보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자라 함은 다음과 같습니다.

1. 군인사법 제2조(적용범위)에서 정한 현역 복무하는 병(兵)
2. 병역법 제2조(정의 등)에서 정한 상근예비역
3. 군인사법 제2조 제2호의 사관생도, 사관후보생 및 부사관후보생(공군항공과학고 학생 포함)

제2조(보장기간)

① 이 특별약관에 따라 피보험자가 보장을 받는 기간은 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 군인사법 제2조(적용범위)에서 정한 현역 복무하는 병(兵) 및 병역법 제2조(정의 등)에서 정한 상근예비역인 경우 : 피보험자의 훈련소(신교대) 입소를 위해 병영 내에 도착한 시점부터 전역 명령일 24:00시까지
2. 피보험자가 군인사법 제2조 제2호의 사관생도 및 공군항공과학고 학생인 경우
가) 신입생 : 가입교 등록을 위해 학교 내 도착한 시점부터 적용
나) 재학생 : 재학기간 중 적용
다) 졸업생 : 임관일 24:00까지
※ 중도 퇴교 시 : 인사명령기준 퇴교일 24:00까지
3. 군인사법 제2조 제2호의 사관후보생 및 부사관후보생(공군항공과학고 학생 제외)
가) 기초군사훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00까지
나) 재학 중 입영훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00까지
다) 임관을 위한 입영훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00까지

② 제1항에도 불구하고 보험기간 종료시 피보험자의 보장기간도 종료됩니다.

제3조(보험금 지급사유)

회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 특별약관 제2조(보장기간) 중에 발생한 상해의 직접적 결과로써 특별약관 제2조(보장기간) 중에 사망한 경우
2. 특별약관 제2조(보장기간) 중에 질병으로 인하여 사망한 경우

제4조(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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
4. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
5. 피보험자가 지휘관의 허가 없이 군부대를 무단이탈하여 발생한 사고
6. 피보험자가 불법행위로 타인을 해치거나 해치려는 도중에 타인 또는 제3자가 피해방지 또는 방어의 목적으로 피보험자 본인을 해친 경우
7. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동. 단, 외국의 범위에 북한을 포함합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체 전우(戰友) 골절진단비 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자라 함은 다음과 같습니다.

1. 군인사법 제2조(적용범위)에서 정한 현역 복무하는 병(兵)
2. 병역법 제2조(정의 등)에서 정한 상근예비역
3. 군인사법 제2조 제2호의 사관생도, 사관후보생 및 부사관후보생(공군항공과학고 학생 포함)

제2조(보장기간)

① 이 특별약관에 따라 피보험자가 보장을 받는 기간은 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 군인사법 제2조(적용범위)에서 정한 현역 복무하는 병(兵) 및 병역법 제2조(정의 등)에서 정한 상근예비역인 경우 : 피보험자의 훈련소(신교대) 입소를 위해 병영 내에 도착한 시점부터 전역 명령일 24:00시까지
2. 피보험자가 군인사법 제2조 제2호의 사관생도 및 공군항공과학고 학생인 경우
가) 신입생 : 가입교 등록을 위해 학교 내 도착한 시점부터 적용
나) 재학생 : 재학기간 중 적용
다) 졸업생 : 임관일 24:00까지
※ 중도 퇴교 시 : 인사명령기준 퇴교일 24:00까지
3. 군인사법 제2조 제2호의 사관후보생 및 부사관후보생(공군항공과학고 학생 제외)
가) 기초군사훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00까지
나) 재학 중 입영훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00까지
다) 임관을 위한 입영훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00까지

② 제1항에도 불구하고 보험기간 종료시 피보험자의 보장기간도 종료됩니다.

제3조(보험금 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표22】(골절분류표)에 정한 골절로 진단 확정된 경우에는 1사고마다 골절진단비 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 인하여 두 종류 이상의 골절이 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 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 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 피보험자가 지휘관의 허가 없이 군부대를 무단이탈하여 발생한 사고
6. 피보험자가 불법행위로 타인을 해치거나 해치려는 도중에 타인 또는 제3자가 피해방지 또는 방어의 목적으로 피보험자 본인을 해친 경우
7. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동. 단, 외국의 범위에 북한을 포함합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체 전우(戰友) 골절진단비(치아파절 제외) 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자라 함은 다음과 같습니다.

1. 군인사법 제2조(적용범위)에서 정한 현역 복무하는 병(兵)
2. 병역법 제2조(정의 등)에서 정한 상근예비역
3. 군인사법 제2조 제2호의 사관생도, 사관후보생 및 부사관후보생(공군항공과학고 학생 포함)

제2조(보장기간)

① 이 특별약관에 따라 피보험자가 보장을 받는 기간은 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 군인사법 제2조(적용범위)에서 정한 현역 복무하는 병(兵) 및 병역법 제2조(정의 등)에서 정한 상근예비역인 경우 : 피보험자의 훈련소(신교대) 입소를 위해 병영 내에 도착한 시점부터 전역 명령일 24:00시까지
2. 피보험자가 군인사법 제2조 제2호의 사관생도 및 공군항공과학고 학생인 경우
가) 신입생 : 가입교 등록을 위해 학교 내 도착한 시점부터 적용
나) 재학생 : 재학기간 중 적용
다) 졸업생 : 임관일 24:00까지
※ 중도 퇴교 시 : 인사명령기준 퇴교일 24:00까지
3. 군인사법 제2조 제2호의 사관후보생 및 부사관후보생(공군항공과학고 학생 제외)
가) 기초군사훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00까지
나) 재학 중 입영훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00까지
다) 임관을 위한 입영훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00까지

② 제1항에도 불구하고 보험기간 종료시 피보험자의 보장기간도 종료됩니다.

제3조(보험금 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표29】(골절(치아파절 제외)분류표)에 정한 골절로 진단 확정된 경우에는 1사고마다 골절진단비(치아파절 제외) 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 인하여 두 종류 이상의 골절이 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 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 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 피보험자가 지휘관의 허가 없이 군부대를 무단이탈하여 발생한 사고
6. 피보험자가 불법행위로 타인을 해치거나 해치려는 도중에 타인 또는 제3자가 피해방지 또는 방어의 목적으로 피보험자 본인을 해친 경우
7. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동. 단, 외국의 범위에 북한을 포함합니다.
8. 제3조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 그 원인의 직간접을 묻지 않고 치아파절 손해 또는 치아파절이 원인이 되어 발생한 손해(다만, 동일한 사고로 골절(치아파절 제외)이 치아파절과 동시에 발생한 경우는 포함합니다.)

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체 전우(戰友) 수술비용 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자라 함은 다음과 같습니다.

1. 군인사법 제2조(적용범위)에서 정한 현역 복무하는 병(兵)
2. 병역법 제2조(정의 등)에서 정한 상근예비역
3. 군인사법 제2조 제2호의 사관생도, 사관후보생 및 부사관후보생(공군항공과학고 학생 포함)

제2조(보장기간)

① 이 특별약관에 따라 피보험자가 보장을 받는 기간은 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 군인사법 제2조(적용범위)에서 정한 현역 복무하는 병(兵) 및 병역법 제2조(정의 등)에서 정한 상근예비역인 경우 : 피보험자의 훈련소(신교대) 입소를 위해 병영 내에 도착한 시점부터 전역 명령일 24:00시까지
2. 피보험자가 군인사법 제2조 제2호의 사관생도 및 공군항공과학고 학생인 경우
가) 신입생 : 가입교 등록을 위해 학교 내 도착한 시점부터 적용
나) 재학생 : 재학기간 중 적용
다) 졸업생 : 임관일 24:00까지
※ 중도 퇴교 시 : 인사명령기준 퇴교일 24:00까지
3. 군인사법 제2조 제2호의 사관후보생 및 부사관후보생(공군항공과학고 학생 제외)
가) 기초군사훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00까지
나) 재학 중 입영훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00까지
다) 임관을 위한 입영훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00까지

② 제1항에도 불구하고 보험기간 종료시 피보험자의 보장기간도 종료됩니다.

제3조(보험금 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 【별표20】(수술분류표)에서 정하는 수술을 받았을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 수술비로 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의

사결정을 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 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 피보험자가 지휘관의 허가 없이 군부대를 무단이탈하여 발생한 사고
6. 피보험자가 불법행위로 타인을 해치거나 해치려는 도중에 타인 또는 제3자가 피해방지 또는 방어의 목적으로 피보험자 본인을 해친 경우
7. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동. 단, 외국의 범위에 북한을 포함합니다.

제5조(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 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련 법에서 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

군인 영외체류기간중 상해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
 1. 군복무 중 영외체류기간 동안에 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 2. 군복무 중 영외체류기간 동안에 발생한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 「군복무 중」이라 함은 피보험자가 병역법에 의하여 군복무를 위해 입영한 날부터 군인사법에 의한 전역, 퇴역, 제적 등으로 인한 전역일까지의 기간을 말합니다. 단, 보험기간의 시작일이 입영한 날보다 늦을 경우 늦은 날을 입영한 날로 보고, 보험기간의 종료일이 전역일보다 먼저 도달할 경우 먼저 도달하는 날을 전역일로 봅니다.
- ③ 「영외체류기간」이라 함은 군복무 중 임무수행을 목적으로 한 영외체류를 제외한 휴가, 외출 및 외박 기간 중 영외체류기간을 말합니다. 단, 탈영은 제외합니다.

【휴가, 외출 및 외박】

「부대관리훈령」에 따른 휴가, 외출 및 외박 중 공무수행을 목적으로 하지 않는 경우를 말합니다.

제2조(피보험자의 범위)

- 이 특별약관에서 피보험자라 함은 보험증권에 기재된 자로서 다음 각 호에 해당하는 자를 말합니다.
1. 군인사법 제2조에서 정한 현역에 복무하는 병
 2. 병역법 제25조에 의한 추천에 의한 전환복무자(병역법 제25조의 ‘경찰대학 졸업예정자로서 의무경찰대에 복무할 사람’은 제외)
 3. 병역법 제2조(정의 등)에서 정한 상근예비역

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

군인 영외체류기간중 교통상해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 군복무 중 다음 각 목의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 - 가. 영외체류기간 동안에 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해
 - 나. 영외체류기간 동안에 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해
 - 다. 영외체류기간 동안에 도로 통행중 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해
 2. 군복무 중 제1호 각 목의 상해로 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 「군복무 중」이라 함은 피보험자가 병역법에 의하여 군복무를 위해 입영한 시점부터 군인사법에 의한 전역, 퇴역, 제적 등으로 인한 전역일까지의 기간을 말합니다. 단, 보험기간의 시작일이 입영한 날보다 늦을 경우 늦은 날을 입영한 날로 보고, 보험기간의 종료일이 전역일보다 먼저 도달할 경우 먼저 도달하는 날을 전역일로 봅니다.
- ③ 「영외체류기간」이라 함은 군복무 중 임무수행을 목적으로 한 영외체류를 제외한 휴가, 외출 및 외박 기간 중 영외체류기간을 말합니다. 단, 탈영은 제외합니다.

【휴가, 외출 및 외박】

「부대관리훈령」에 따른 휴가, 외출 및 외박 중 공무수행을 목적으로 하지 않는 경우를 말합니다.

- ④ 제1항의 「교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 2. 자동차(자동차 관리법 시행규칙 제2조에 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)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

제3조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자라 함은 보험증권에 기재된 자로서 다음 각 호에 해당하는 자를 말합니다.

1. 군인사법 제2조에서 정한 현역에 복무하는 병
2. 병역법 제25조에 의한 추천에 의한 전환복무자(병역법 제25조의 ‘경찰대학 졸업예정자로서 의무경찰대에 복무할 사람’은 제외)
3. 병역법 제2조(정의 등)에서 정한 상근예비역

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

군인 영외체류기간중 대중교통이용중 상해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 군복무 중 다음 각 목의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 - 가. 영외체류기간 동안에 운행중인 대중교통수단에 탑승중에 일어난 교통사고
 - 나. 영외체류기간 동안에 대중교통수단에 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
 - 다. 영외체류기간 동안에 대중교통수단의 이용을 위해 승강장내 대기중 일어난 교통사고
 2. 군복무 중 제1호 각 목의 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 「군복무 중」이라 함은 피보험자가 병역법에 의하여 군복무를 위해 입영한 시점부터 군인사법에 의한 전역, 퇴역, 제적 등으로 인한 전역일까지의 기간을 말합니다. 단, 보험기간의 시작일이 입영한 날보다 늦을 경우 늦은 날을 입영한 날로 보고, 보험기간의 종료일이 전역일보다 먼저 도달할 경우 먼저 도달하는 날을 전역일로 봅니다.
- ③ 「영외체류기간」이라 함은 군복무 중 임무수행을 목적으로 한 영외체류를 제외한 휴가, 외출 및 외박 기간 중 영외체류기간을 말합니다. 단, 탈영은 제외합니다.
- 【휴가, 외출 및 외박】**
「부대관리훈령」에 따른 휴가, 외출 및 외박 중 공무수행을 목적으로 하지 않는 경우를 말합니다.
- ④ 제1항의 「대중교통수단」이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.
1. 여객수송용 항공기
 2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
 3. 여객자동차운수사업법시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
 4. 여객자동차운수사업법시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
 5. 여객수송용 선박

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 보험금을 지급하지 않는 사유 및 아래의 사유중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 교

-
- 통수단에 탑승하고 있는 동안 발생한 사고
2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 사고

제3조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자라 함은 보험증권에 기재된 자로서 다음 각 호에 해당하는 자를 말합니다.

1. 군인사법 제2조에서 정한 현역에 복무하는 병
2. 병역법 제25조에 의한 추천에 의한 전환복무자(병역법 제25조의 ‘경찰대학 졸업예정자로서 의무경찰대에 복무할 사람’은 제외)
3. 병역법 제2조(정의 등)에서 정한 상근예비역

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

12. 연구활동종사자 관련 담보

연구활동종사자 사망 및 후유장해보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

- ① 이 특별약관에서 피보험자는 「대학·연구기관 등」에 소속되거나 관리·통제를 받는 보험증권에 기재된 「연구활동종사자」를 대상으로 합니다. 단, 「산업재해보상보험법」, 「공무원 재해보상법」, 「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 「대학·연구기관 등」이라 함은 연구실 안전환경 조성에 관한 법률 제2조에서 정한 기준에 따라 정의합니다(이하 같습니다).

제2조(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(【별표32】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해에 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.
-

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 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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 계약자의 책임을 연대로 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

연구활동종사자 의료실비보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

- ① 이 특별약관에서 피보험자는 「대학·연구기관 등」에 소속되거나 관리·통제를 받는 보험증권에 기재된 「연구활동종사자」를 대상으로 합니다. 단, 「산업재해보상보험법」, 「공무원 재해보상법」, 「사립학교교직원연금법」 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 「대학·연구기관 등」이라 함은 연구실 안전환경 조성에 관한 법률 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 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 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.
 - ④ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원 또는 통원치료에 대하여는 제1항의 의료비보험금을 이 특약의 가입금액을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.
 - ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 않은 경우에는 실제로 부담한 의료비 총액의 50% 해당액을 보험가입금액의 한도 내에서 지급합니다.
-

⑥ 제1항 및 제5항에도 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(병실사정이나 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 제1항 또는 제5항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 제1항 또는 5항의 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 제3보험, 생명보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험, 공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함

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 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 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

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 계약자의 책임을 연대로 합니다.

제5조(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.

연구활동종사자 입원일당보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

- ① 이 특별약관에서 피보험자는 「대학·연구기관 등」에 소속되거나 관리·통제를 받는 보험증권에 기재된 「연구활동종사자」를 대상으로 합니다. 단, 「산업재해보상보험법」, 「공무원 재해보상법」, 「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 신체의 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 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- 6. 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 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 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 계약자의 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.

연구활동종사자 장의비보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

- ① 이 특별약관에서 피보험자는 「대학·연구기관 등」에 소속되거나 관리·통제를 받는 보험증권에 기재된 「연구활동종사자」를 대상으로 합니다. 단, 「산업재해보상보험법」, 「공무원 재해보상법」, 「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 관리통제하에 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 등에서 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 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 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 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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 계약자의 책임을 연대로 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

연구활동중사자 수업료 및 기숙사비손실지원금 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

- ① 이 특별약관에서 피보험자는 「대학·연구기관 등」에 소속되거나 관리·통제를 받는 보험증권에 기재된 「연구활동중사자」를 대상으로 합니다. 단, 「산업재해보상보험법」, 「공무원 재해보상법」, 「사립학교교직원연금법」 또는 「군인연금법」의 가입대상인 자는 피보험자의 범위에서 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 계약자는 보험증권에 기재된 「대학·연구기관 등」의 「연구주체의 장」이어야 합니다.
- ③ 「연구활동중사자」라 함은 「대학·연구기관 등」에서 과학기술분야 연구개발 활동에 종사하는 대학생(휴학생 제외)·대학원생(휴학생 제외) 등을 말합니다. 단, 회사와 계약자가 별도로 정한 휴학생은 포함합니다.
- ④ 「연구주체의 장」이라 함은 「대학·연구기관 등」의 대표자 또는 해당연구실의 소유자를 말합니다.
- ⑤ 「대학·연구기관 등」이라 함은 연구실 안전환경 조성에 관한 법률 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 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 연구활동중 사고로 발생한 신체의 상해로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.)에 15일 이상 입원하여 치료를 받고 휴학, 제적, 자퇴 등으로 정규 학기를 마치지 못하여 수업료 손실이 발생한 경우 수업료손실지원금으로 1회에 한하여 100만원을 한도로 수업료손실지원금을 지급합니다.

수업료손실지원금= 실제 납입한 수업료 - 반환받을 수 있는 수업료^{주)}

주) 반환받을 수 있는 수업료는 대학등록금에 관한 규칙 [별표] 등록금의 반환 기준에 따라 계산한 금액

2. 연구활동중 사고로 발생한 신체의 상해로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.)에 15일 이상 입원하여 치료를 받고 휴학, 제적, 자퇴 등으로 기숙시설의 잔여기간 사용을 중단한 경우 1회에 한하여 30만원을 한도로 기숙사비손실지원금을 지급합니다.

기숙사비손실지원금= 실제 납입한 기숙사비 - (기사용 기숙사비^{주1)} + 반환받을 수 있는 기숙사비^{주2)}

주1) 기사용 기숙사비는 기숙사 이용일수를 납입금액대비 일할로 계산한 금액

주2) 반환받을 수 있는 기숙사비는 기숙사 규정 및 이와 유사한 내용의 환불규정이 적용된 금액

- ② 제1항의 「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.
- ④ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 상해에 대한 입원이라도 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑥ 피보험자가 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원일수에 더하여 계산하며, 치료 후 정규학기를 마치지 못한 경우에는 제1항에 따라 보장하여 드립니다. 단, 보험기간 이후에 새로 등록한 학기에 대하여는 보장하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

【대학등록금의 반환 기준】	
반환사유 발생일	반환금액
학기 개시일로부터 30일까지	등록금의 6분의 5 해당액
학기 개시일에서 30일이 지난 날부터 60일까지	등록금의 3분의 2 해당액
학기 개시일에서 60일이 지난 날부터 90일까지	등록금의 2분의 1 해당액
학기 개시일에서 90일이 지난 날	반환하지 아니함

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 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(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 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사 양식)
 - 2. 사고증명서(입원치료확인서 등)
 - 3. 수업료 납부확인서 및 수업료 환불내역서(확인서)
 - 4. 기숙사비 납부확인서 및 기숙사비 환불내역서(확인서)
 - 5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

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 계약자의 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.
- 수업료
대학 등록금에 관한 규칙 제1조(목적) 중 학교에서 징수하는 수업료 및 그 밖의 납부금(등록금)을 의미합니다.
- 기숙사
고등교육법 제2조의 학교가 관리 및 통제의 주체가 되어 운영하는 학생을 위한 기숙시설을 의미합니다.

13. 외국인국내유학생 관련 담보

외국인국내유학생 해외입원의료실비 특별약관

외국인국내유학생 해외입원의료실비 특별약관은 국내체류 중인 외국인 유학생이 국내체류 중 입은 상해 또는 국내체류 중 발생한 질병으로 해외의료기관에서 입원치료한 입원의료비를 보험회사가 보상하는 특별약관입니다.

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목)

회사는 외국인국내유학생 해외입원의료실비 담보를 상해입원의료비, 질병입원의료비 2가지 보장종목으로 구성하고 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
상해입원 의료비	피보험자가 국내체류 중 보험기간 내 입은 상해로 인하여 해외의료기관 ^(주) 에 입원하여 의료비가 발생한 경우에 보상 ※ 상해란 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로서 이를 증명하는 공적문서(경찰기록 등) 및 본 특약의 보험금 청구 대상 입원치료일 이전에 국내에서 동일한 상해의 치료를 목적으로 최초 내원한 의료기록이 있는 경우에 한하여 보상합니다.
질병입원 의료비	피보험자가 국내체류 중 보험기간 내 발생한 질병으로 인하여 해외의료기관 ^(주) 에 입원하여 의료비가 발생한 경우에 보상 ※ 질병이란 보험기간 중 본 특약의 보험금 청구 대상 입원치료일 이전에 국내에서 동일한 질병(해외의료기관에서 확정 진단되기 전 동일 증세로 치료한 경우를 포함합니다.)으로 최초 내원한 의료기록이 있는 경우에 한하여 보상합니다.

(주) 해외의료기관은 해외소재 의료기관을 말합니다. 이하 동일합니다.

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어	정 의
국내체류 중	국외거주자인 피보험자가 유학 등을 목적으로 국내의 공항이나 부두에 도착하여 목적을 마치고 출국을 위해 항공기나 선박에 탑승하기 직전 까지를 말합니다.
의사	국내의 경우 「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과 의사의 면허를 가진 사람을 말하며, 해외의 경우 치료받는 국가의 법에

용어	정의
	서 정한 의사의 자격을 가진 자에 한합니다.
의료기관	국내의 경우 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관(종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분)을 말하며, 해외의 경우 이에 준하여 회사가 인정하는 해외소재 의료기관을 말합니다.
병원	국내의 경우 「국민건강보험법」 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)을 말하며, 해외의 경우 치료받는 국가의 법에서 정한 병원에 한합니다.
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	국내의 경우 보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 실손의료비 특별약관의 <붙임1>을 준용합니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

제3조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 보상하는 내용은 다음과 같습니다.

보장종목	보상하는 사항
(1)상해입원 의료비	<p>① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 국내에서 상해를 입고, 이로 인해 해외의료기관에 입원하여 의사(치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 한함)의 치료를 받은 때에는 보험가입금액 및 90일을 한도로 피보험자가 실제 부담한 의료비의 80%에 해당하는 금액을 보상합니다. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</p> <p>② 제1항에도 불구하고 척추지압술(Chiropractic, 추나요법 등)이나 침술(부항, 뜸 포함) 치료로 인한 의료비는 치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진자에 의하여 치료를 받은 경우에 한하며, 하나의 상해에 대하여 US \$ 1,000.00 한도로 보상합니다.</p> <p>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.</p>

보장종목	보상하는 사항
(1)상해입원 의료비	<p>④ 보험기간 중에 피보험자가 입은 상해로 인해 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 경우에는 보험기간 종료에도 불구하고 해당 계속입원기간의 치료비는 보상합니다. 단, 보험가입금액 및 총입원일 90일을 한도로 합니다.</p> <p style="text-align: center;"><보상기간 예시></p> <p>계약일 (2016.1.1.) 최초 입원일 (2016.3.1.) 최초 퇴원일 (2016.3.30.) ... 두 번째 입원일 (2016.12.1.) 보험기간 종료 (2016.12.31.) 보장종료 (2017.1.29.) 두 번째 퇴원일 (2017.3.1.)</p>
(2)질병입원 의료비	<p>① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 국내에서 발생한 질병으로 인하여 해외의료기관에 입원하여 의사(치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 한함)의 치료를 받은 때에는 보험가입금액 및 90일을 한도로 피보험자가 실제 부담한 의료비의 80%에 해당하는 금액을 보상합니다. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</p> <p>② 제1항에도 불구하고 척추지압술(Chiropractic, 추나요법 등)이나 침술(부항, 뜸 포함) 치료로 인한 의료비는 치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진자에 의하여 치료를 받은 경우에 한하며, 하나의 질병에 대하여 US \$ 1,000.00 한도로 보상합니다.</p> <p>③ 보험기간 중에 피보험자가 제1항의 질병으로 인해 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 경우에는 보험기간 종료에도 불구하고 해당 계속입원기간의 치료비는 보상합니다. 단, 보험가입금액 및 총입원일 90일을 한도로 합니다.</p> <p style="text-align: center;"><보상기간 예시></p> <p>계약일 (2016.1.1.) 최초 입원일 (2016.3.1.) 최초 퇴원일 (2016.3.30.) ... 두 번째 입원일 (2016.12.1.) 보험기간 종료 (2016.12.31.) 보장종료 (2017.1.29.) 두 번째 퇴원일 (2017.3.1.)</p>

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1)상해입원 의료비	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 치료한 경우. 다만 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비와 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 사람의 직무상 선박탑승 <p>③ 회사는 아래의 의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 3. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용. 다만, 인공장기 등 신

보장종목	보상하지 않는 사항
(1)상해입원 의료비	<p>체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>4. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수 , 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보장합니다), 코성형수술(윤비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p>
(2)질병입원 의료비	<p>① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.</p> <p>2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.</p> <p>3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우</p> <p>4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비와 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비</p> <p>② 회사는 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99) (다만, F04 ~ F09, F20 ~ F29, F30 ~ F39, F40 ~ F48, F51, F90 ~ F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)</p> <p>2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
(2)질병입원 의료비	<p>3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 치료한 경우(000 ~ 099)</p> <p>4. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04)</p> <p>5. 비만(E66)</p> <p>6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)</p> <p>7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62, K64)</p> <p>③ 회사는 다음의 의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>3. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 단순한 피로 또는 권태</p> <p>나. 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</p> <p>다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)</p> <p>4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
(2)질병입원 의료비	<p>양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력 교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>6. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>7. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)</p> <p>8. 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비</p>

제4관 보험금의 지급

제5조(보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사 양식)
 2. 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 의무기록지 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증), 여권, 비자, 입학증명서 및 재학증명서 (본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것과 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이 모두 있어야 합니다.

제7조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 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 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
 4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【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.

- ④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표3> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율’에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 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.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보장종목별 보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(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 보험

수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

제8조(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 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율】

현재 시점의 정기예금이율은 보험개발원 홈페이지(www.kidi.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

제9조(주소변경의 통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제10조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 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 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 연대하여 계약자의 책임을 집니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따

른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 함께 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조(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」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조(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. 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】

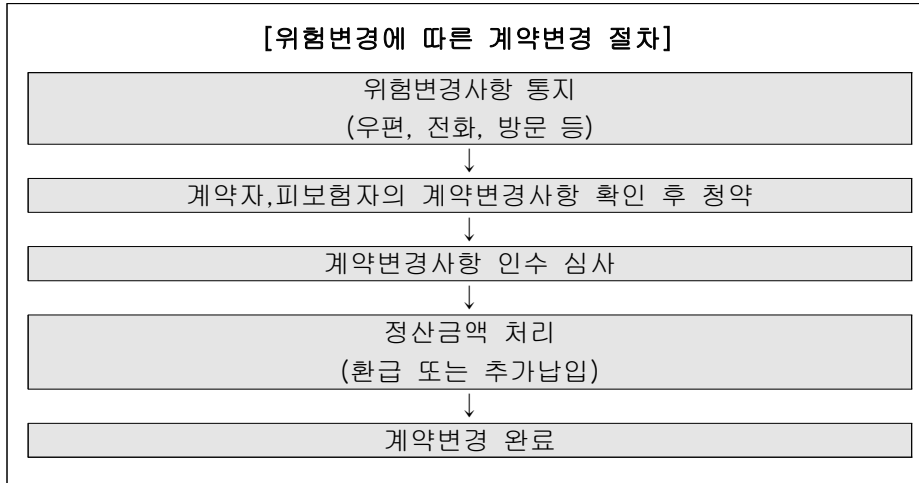
- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함(예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

- 2. 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 - 3. 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 - 4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제19조(계약내용의 변

경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 납입보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 해약환급금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 납입보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 ‘변경전 요율’이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 ‘변경후 요율’이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제13조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우.
 2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제12조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우라도 다음의 어느 하나 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

-
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
 3. 계약체결일부터 3년이 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 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 회사는 제30조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
 - ④ 제1항 제1호에 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 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 서면 등으로 알려 드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제30조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
 - ⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제12조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
 - ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
 - ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제14조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을

취소할 수 있습니다.

제6관 보험계약의 성립과 유지

제15조(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.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법

- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 보험료 전액 또는 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 ‘보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율에 1%를 더한 이율’을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약

관에 따라 보장합니다.

- ⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 특별약관 제24조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 이 특별약관 제25조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조(청약의 철회)

- ① 일반금융소비자인 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제46조 및 관련 법규가 정하는 바에 따라 보험증권을 받은 날 부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

【일반금융소비자】 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말합니다.
【전문금융소비자】 금융상품에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서, 구체적인 범위는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 바에 따릅니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제46조 제2항에 따라 계약자가 철회의사를 표시하기 위한 서면등을 발송한 때 효력이 발생합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 특별약관 제7조(보험금의 지급절차)에서 보험금 지급이 지연되는 경우 적용되는 이자율을 적용하여 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 합니다.
- 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.

제17조(약관교부 및 설명 의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

【통신판매계약】
전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

【광기록매체】

CD, DVD 등 전자적방법의 기록매체를 말합니다.(이하 같습니다.)

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. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【약관의 중요한 내용】

보험업법 시행령 제42조의2(설명 의무의 중요 사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명 의무)에 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

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 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

③ 제1항 단서에도 불구하고 사이버몰 등 인터넷을 이용하여 모집한 경우 회사는 계약자의 별도 동의 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 광기록매체, 전자우편 등 전자적 방법으로 드릴 수 있습니다. 다만, 보험계약자가 서면으로 교부하여 줄 것을 요청하는 경우에는 서면으로 드립니다.

④ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 말합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

⑥ 제4항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

⑦ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약의 피보험자

로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제18조(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 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제19조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙 사실을 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 제1회 보험료를 납입한 날부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험 종목을 변경하여 드립니다.
- ③ 계약자가 제1항제4호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제30조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 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 제4항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 제1항에 따라 계약자가 변경된 경우 회사는 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제20조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다. 다만, 해당년도에 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2014년 4월 13일
⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

【설명】

청약서 및 보험증권 등 보험계약을 증명하기 위한 문서에서 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증, 운전면허증, 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경 시 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 보험료의 차액을 정산합니다.

제21조(계약의 소멸)

피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7관 보험료의 납입

제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

【보장개시일】

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 - 1. 제11조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 - 2. 제13조(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 발생한 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제23조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회부터의 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.

【납입기일】

계약자가 제2회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제24조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

- ① 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
 - 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 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.
- ③ 회사는 제2항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제1항에

서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

- ④ 회사가 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제30조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제25조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

- ① 제24조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 제30조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 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 보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율에 1%를 더한 이율의 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무), 제13조(알릴 의무 위반의 효과), 제14조(사기에 의한 계약), 제15조(보험계약의 성립) 및 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제13조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제26조[강제집행 등의 절차에 따라 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]

- ① 타인을 위한 계약의 경우 제30조(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 제19조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날

부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제8관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제27조(계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제30조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ② 보험금 지급사유 발생으로 회사가 보험금을 지급한 때에도 보험가입금액이 감액되지 않은 경우에는 계약자는 그 보험금 지급사유 발생 후에도 계약을 해지할 수 있습니다.

제27조의1 (위법계약의 해지)

계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결일로부터 5년을 초과하지 않는 범위내에서 계약체결에 대한 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

제28조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 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 이에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제30조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제29조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월을 경과하면 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 제30조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조(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(1년미만의 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 1년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험연도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험연도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.
- ③ 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.

제9관 다수보험의 처리 등

제31조(다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

$\text{각 계약별 비례분담액} = \frac{(\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}}$
--

제32조(연대책임)

- ① 2009년 10월 1일 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 제1항에 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 침해하

지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제10관 분쟁조정 등

제33조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자나 그 밖의 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제34조(관할법원)

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

제35조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효(소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.)가 완성됩니다.

【소멸시효】

주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험금 지급사유가 발생한 후 3년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.(이하 같습니다.)

제36조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안 된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

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.

제37조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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.

제38조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험 설계사 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 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 불공정한 합의】

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

- ④ 회사가 제17조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제7항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ⑤ 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 계약의 최초계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이계약의 최초 계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제39조(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 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 보험관련 단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제40조(준거법)

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

제41조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

예금자보호제도는 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적

립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약은 제외)
예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1인당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.(이하 같습니다.)

외국인국내유학생 유학중 중대사고 구조송환비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중 국내고등교육 단계의 학위과정 및 어학연수 과정에 있는 외국인 국내유학생이 아래의 사유로 계약자, 피보험자 또는 피보험자의 법정상속인이 부담하는 비용을 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
1. 국내유학중에 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 행방불명 또는 조난된 경우 또는 산악등반 중에 조난된 경우
 2. 국내유학중에 급격하고도 우연한 외래의 사고에 따라 긴급수색구조 등이 필요한 상태로 된 것이 경찰 등의 공공기관에 의하여 확인된 경우
 3. 국내유학중에 상해를 직접원인으로 하여 사고일 부터 1년 이내에 사망한 경우 또는 14일 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 국내유학중에 사망한 경우 또는 국내유학중에 걸린 질병을 직접 원인으로 하여 14일 이상 계속 입원한 경우. 다만, 입원에 대하여는 국내유학중에 의사가 치료를 개시한 질병으로 인한 입원에 한합니다.
- ② 제1항 제1호의 산악등반 중 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.

제2조(비용의 범위)

- ① 회사가 보상하는 비용의 범위는 아래와 같습니다.
1. 수색구조비용
조난당한 피보험자를 수색, 구조 또는 이송(이하 「수색」이라 합니다)하는 활동에 필요한 비용중 이들의 활동에 종사한 사람으로부터의 청구에 의하여 지급한 비용을 말합니다.
 2. 항공운임 등 교통비
피보험자의 수색, 간호 또는 사고처리를 위하여 사고발생지 또는 현지까지의 피보험자의 법정상속인(그 대리인을 포함합니다. 이하 「구원자」라 합니다)의 왕복교통비를 말하며 2명분을 한도로 합니다.
 3. 숙박비
현지에서의 구원자의 숙박비를 말하여 구원자 2명분을 한도로 하여 1명당 14박을 한도로 합니다.
 4. 이송비용
피보험자가 사망한 경우 그 유해 및 시신을 현지로부터 보험증권에 기재된 피보험자의 주소지에 이송하는데 필요한 비용 및 치료를 계속 중인 피보험자를 보험증권에 기재된 피보험자의 주소지에 이송하는데 드는 비용으로서 통상액을 넘는 피보험자의

운임 및 수행하는 의사, 간호사의 호송비를 말합니다.

5. 제잡비

구원자의 출입국 절차에 필요한 비용(여권인지대, 사증료, 예방접종료 등) 및 구원자 또는 피보험자가 현지에서 지출한 교통비, 통신비, 피보험자 유해처리비 등을 말하고 10만원을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
3. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
4. 피보험자의 사형
5. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태
7. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
8. 위 제7호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제4조(보험금의 지급)

회사는 제2조(비용의 범위)의 비용 중 정당하다고 인정된 부분에 대해서만 보상하여 드리며, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 타인으로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 금액을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 분담)

제1조(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.

제6조(보상한도액)

회사가 이 특별약관에 관하여 지급할 보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니

다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

14. 유상운송 관련 담보(시민안전)

유상운송 중 교통상해 특별약관(시민안전)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 내 유상운송 중 교통상해를 입고 그 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
 2. 보험기간 내 유상운송 중 교통상해를 입고 그 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장애보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항에서 교통상해라 함은 아래와 같습니다.
1. 피보험자가 운행 중인 유상운송 수단에 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
 2. 피보험자가 유상운송 수단에 탑승하지 않은 때 운행 중의 교통수단과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ③ 제2항 제2호의 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 제2조에 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)

【유상운송】

피보험자가 수당, 요금 등 대가의 보상을 직접적인 목적으로 유상운송수단 또는 도부로 물건 등의 배달을 하는 경우로 피보험자가 응용 소프트웨어(배달업무 배정 및 배달 완료 시점을 실시간으로 확인 가능한 Application(어플리케이션)을 말합니다.)를 통해 배달 업무를 배정을 받은 시점부터 배달을 완료하여 해당 배달 업무 종료를 알린 시점까지를 말하며, 이 외의 기간은 포함하지 않습니다.

【유상운송 수단】

피보험자의 유상운송을 위해 사용되는 이륜자동차, PM 또는 자전거(원동기자전거 포함)를 의미합니다.

【이륜자동차】

자동차관리법 제3조(자동차의 종류)에서 정한 이륜자동차 중 자동차관리법 제48조(이륜자동차의 사용 신고 등) 및 자동차관리법 시행규칙 제98조의7(사용신고대상 이륜자동차)에서

정한 신고대상 이륜자동차를 말합니다.

【PM】

전기를 동력으로 움직이는 1인이 이용하기 위한 교통수단을 의미하되, 자체중량이 30kg 미만이며 최고 시속 25km/h미만이거나 25km/h이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 않는 개인형 이동수단을 말합니다.

다만, 아래 1), 2) 해당하는 경우에는 PM으로 보지 않습니다.

- 1) 전기자동차, 전기자전거(「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조 제1의2호에서 정한 전기자전거), 어린이용장난감, 전동 휠체어 등

【자전거】

「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 및 제1의2호에서 정한 자전거를 말합니다.

【원동기장치 자전거】

도로교통법 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거를 말합니다.

제2조(피보험자의 범위)

제1조(보험금의 지급사유)의 피보험자는 계약시점에서 만 16세 이상인자에 한합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 유상운송수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
2. 유상운송수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
3. 유상운송을 위해 출근 또는 퇴근 중에 보험금 지급사유가 발생한 때
4. 그 밖에 배달을 목적으로 하지 않은 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 보험금 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(배달접수번호, 운행내역, 교통사고사실확인원 등 유상운송임을 입증할수 있는 객관적인 자료)
- 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

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유상운송 중 교통상해 골절진단비 특별약관(시민안전)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 내 유상운송 중 교통상해를 입고 그 직접결과로써 【별표 22】(골절분류표)에 정한 골절로 진단 확정된 경우에는 1사고마다 골절진단비 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 인하여 두 종류 이상의 골절이 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 제1항에서 교통상해라 함은 아래와 같습니다.
 1. 피보험자가 운행 중인 유상운송 수단에 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
 2. 피보험자가 유상운송 수단에 탑승하지 않은 때 운행 중의 교통수단과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ③ 제2항 제2호의 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 제2조에 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)

【유상운송】

피보험자가 수당, 요금 등 대가의 보상을 직접적인 목적으로 유상운송수단 또는 도보로 물건 등의 배달을 하는 경우로 피보험자가 응용 소프트웨어(배달업무 배정 및 배달 완료 시점을 실시간으로 확인 가능한 Application(어플리케이션)을 말합니다.)를 통해 배달 업무를 배정을 받은 시점부터 배달을 완료하여 해당 배달 업무 종료를 알린 시점까지를 말하며, 이 외의 기간은 포함하지 않습니다.

【유상운송 수단】

피보험자의 유상운송을 위해 사용되는 이륜자동차, PM 또는 자전거(원동기자전거 포함)를 의미합니다.

【이륜자동차】

자동차관리법 제3조(자동차의 종류)에서 정한 이륜자동차 중 자동차관리법 제48조(이륜자동차의 사용 신고 등) 및 자동차관리법 시행규칙 제98조의7(사용신고대상 이륜자동차)에서 정한 신고대상 이륜자동차를 말합니다.

【PM】

전기를 동력으로 움직이는 1인이 이용하기 위한 교통수단을 의미하되, 자체중량이 30kg 미만이며 최고 시속 25km/h미만이거나 25km/h이상으로 운행할 경우 전동기가

작동하지 않는 개인형 이동수단을 말합니다.

다만, 아래 1), 2) 해당하는 경우에는 PM으로 보지 않습니다.

- 1) 전기자동차, 전기자전거(「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조 제1의2호에서 정한 전기자전거), 어린이용장난감, 전동 휠체어 등

【자전거】

「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 및 제1의2호에서 정한 자전거를 말합니다.

【원동기장치 자전거】

도로교통법 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거를 말합니다.

제2조(피보험자의 범위)

제1조(보험금의 지급사유)의 피보험자는 계약시점에서 만 16세 이상인자에 한합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 유상운송수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
2. 유상운송수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
3. 유상운송을 위해 출근 또는 퇴근 중에 보험금 지급사유가 발생한 때
4. 그 밖에 배달을 목적으로 하지 않은 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 보험금 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(배달접수번호, 운행내역, 교통사고사실확인원 등 유상운송임을 입증할수 있는 객관적인 자료)
- 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

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유상운송 중 교통상해 골절진단비(치아파절 제외) 특별약관(시민안전)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 내 유상운송 중 교통상해를 입고 그 직접결과로써 【별표 29】(골절(치아파절 제외)분류표)에 정한 골절로 진단 확정된 경우에는 1사고마다 골절진단비(치아파절 제외) 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 인하여 두 종류 이상의 골절이 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 제1항에서 교통상해라 함은 아래와 같습니다.
 1. 피보험자가 운행 중인 유상운송 수단에 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
 2. 피보험자가 유상운송 수단에 탑승하지 않은 때 운행 중의 교통수단과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ③ 제2항 제2호의 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 제2조에 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)

【유상운송】

피보험자가 수당, 요금 등 대가의 보상을 직접적인 목적으로 유상운송수단 또는 도부로 물건 등의 배달을 하는 경우로 피보험자가 응용 소프트웨어(배달업무 배정 및 배달 완료 시점을 실시간으로 확인 가능한 Application(어플리케이션)을 말합니다.)를 통해 배달 업무를 배정을 받은 시점부터 배달을 완료하여 해당 배달 업무 종료를 알린 시점까지를 말하며, 이 외의 기간은 포함하지 않습니다.

【유상운송 수단】

피보험자의 유상운송을 위해 사용되는 이륜자동차, PM 또는 자전거(원동기자전거 포함)를 의미합니다.

【이륜자동차】

자동차관리법 제3조(자동차의 종류)에서 정한 이륜자동차 중 자동차관리법 제48조(이륜자동차의 사용 신고 등) 및 자동차관리법 시행규칙 제98조의7(사용신고대상 이륜자동차)에서 정한 신고대상 이륜자동차를 말합니다.

【PM】

전기를 동력으로 움직이는 1인이 이용하기 위한 교통수단을 의미하되, 자체중량이 30kg 미만이며 최고 시속 25km/h미만이거나 25km/h이상으로 운행할 경우 전동기가

작동하지 않는 개인형 이동수단을 말합니다.

다만, 아래 1), 2) 해당하는 경우에는 PM으로 보지 않습니다.

- 1) 전기자동차, 전기자전거(「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조 제1의2호에서 정한 전기자전거), 어린이용장난감, 전동 휠체어 등

【자전거】

「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 및 제1의2호에서 정한 자전거를 말합니다.

【원동기장치 자전거】

도로교통법 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거를 말합니다.

제2조(피보험자의 범위)

제1조(보험금의 지급사유)의 피보험자는 계약시점에서 만 16세 이상인자에 한합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 유상운송수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
2. 유상운송수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
3. 유상운송을 위해 출근 또는 퇴근 중에 보험금 지급사유가 발생한 때
4. 그 밖에 배달을 목적으로 하지 않은 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때
5. 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 그 원인의 직간접을 묻지 않고 치아파절 손해 또는 치아파절이 원인이 되어 발생한 손해
(다만, 동일한 사고로 치아파절과 동시에 골절(치아파절 제외)이 발생한 경우는 골절진단비(치아파절 제외)를 보장합니다.)

【치아파절】

제8차 한국표준질병·사인분류상 두개골(머리뼈) 및 안면골의 골절 중 S02.5(치아의 파절)에 해당 하는 경우를 말합니다. 단, 제9차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 S02.5(치아의 파절) 이외에 추가로 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

-
- ① 보험금 청구서(회사양식)
 - ② 사고증명서(배달접수번호, 운행내역, 교통사고사실확인원 등 유상운송임을 입증할수 있는 객관적인 자료)
 - 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

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유상운송 중 교통상해 골절수술비 특별약관(시민안전)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 내 유상운송 중 교통상해를 입고 그 직접결과로써 **【별표 22】** (골절분류표)에 정한 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 「수술」을 받을 때에는 「수술」 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 「수술」을 받거나 같은 종류의 「수술」을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 제1항에서 교통상해라 함은 아래와 같습니다.
 1. 피보험자가 운행 중인 유상운송 수단에 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
 2. 피보험자가 유상운송 수단에 탑승하지 않은 때 운행 중의 교통수단과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ③ 제2항 제2호의 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 제2조에 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)

【유상운송】

피보험자가 수당, 요금 등 대가의 보상을 직접적인 목적으로 유상운송수단 또는 도보로 물건 등의 배달을 하는 경우로 피보험자가 응용 소프트웨어(배달업무 배정 및 배달 완료 시점을 실시간으로 확인 가능한 Application(어플리케이션)을 말합니다.)를 통해 배달 업무를 배정을 받은 시점부터 배달을 완료하여 해당 배달 업무 종료를 알린 시점까지를 말하며, 이 외의 기간은 포함하지 않습니다.

【유상운송 수단】

피보험자의 유상운송을 위해 사용되는 이륜자동차, PM 또는 자전거(원동기자전거 포함)를 의미합니다.

【이륜자동차】

자동차관리법 제3조(자동차의 종류)에서 정한 이륜자동차 중 자동차관리법 제48조(이륜자동차의 사용 신고 등) 및 자동차관리법 시행규칙 제98조의7(사용신고대상 이륜자동차)에서 정한 신고대상 이륜자동차를 말합니다.

【PM】

전기를 동력으로 움직이는 1인이 이용하기 위한 교통수단을 의미하되, 자체중량이

30kg 미만이며 최고 시속 25km/h미만이거나 25km/h이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 않는 개인형 이동수단을 말합니다.

다만, 아래 1), 2) 해당하는 경우에는 PM으로 보지 않습니다.

- 1) 전기자동차, 전기자전거(「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조 제1의2호에서 정한 전기자전거), 어린이용장난감, 전동 휠체어 등

【자전거】

「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 및 제1의2호에서 정한 자전거를 말합니다.

【원동기장치 자전거】

도로교통법 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거를 말합니다.

제2조(피보험자의 범위)

제1조(보험금의 지급사유)의 피보험자는 계약시점에서 만 16세 이상인자에 한합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 유상운송 수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
2. 유상운송수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
3. 유상운송을 위해 출근 또는 퇴근 중에 보험금 지급사유가 발생한 때
4. 그 밖에 배달을 목적으로 하지 않은 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 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. 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 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

제4조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 보험금 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(배달접수번호, 운행내역, 교통사고사실확인원 등 유상운송임을 입증할 수 있는 객관적인 자료)
- 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

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유상운송 중 교통상해수술비 특별약관(시민안전)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 내 유상운송 중 교통상해를 입고 그 직접결과로써 【별표 20】(수술분류표)에서 정하는 「수술」을 받았을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해수술비로 지급합니다.
- ② 제1항에서 교통상해라 함은 아래와 같습니다.
 1. 피보험자가 운행 중인 유상운송 수단에 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
 2. 피보험자가 유상운송 수단에 탑승하지 않은 때 운행 중의 교통수단과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ③ 제2항 제2호의 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 제2조에 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)
- ④ 제1항의 수술비는 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 「수술」을 받거나 같은 종류의 「수술」을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

【유상운송】

피보험자가 수당, 요금 등 대가의 보상을 직접적인 목적으로 유상운송수단 또는 도보로 물건 등의 배달을 하는 경우로 피보험자가 응용 소프트웨어(배달업무 배정 및 배달 완료 시점을 실시간으로 확인 가능한 Application(어플리케이션)을 말합니다.)를 통해 배달 업무를 배정을 받은 시점부터 배달을 완료하여 해당 배달 업무 종료를 알린 시점까지를 말하며, 이 외의 기간은 포함하지 않습니다.

【유상운송 수단】

피보험자의 유상운송을 위해 사용되는 이륜자동차, PM 또는 자전거(원동기자전거 포함)를 의미합니다.

【이륜자동차】

자동차관리법 제3조(자동차의 종류)에서 정한 이륜자동차 중 자동차관리법 제48조(이륜자동차의 사용 신고 등) 및 자동차관리법 시행규칙 제98조의7(사용신고대상 이륜자동차)에서 정한 신고대상 이륜자동차를 말합니다.

【PM】

전기를 동력으로 움직이는 1인이 이용하기 위한 교통수단을 의미하되, 자체중량이

30kg 미만이며 최고 시속 25km/h미만이거나 25km/h이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 않는 개인형 이동수단을 말합니다.

다만, 아래 1), 2) 해당하는 경우에는 PM으로 보지 않습니다.

- 1) 전기자동차, 전기자전거(「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조 제1의2호에서 정한 전기자전거), 어린이용장난감, 전동 휠체어 등

【자전거】

「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 및 제1의2호에서 정한 자전거를 말합니다.

【원동기장치 자전거】

도로교통법 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거를 말합니다.

제2조(피보험자의 범위)

제1조(보험금의 지급사유)의 피보험자는 계약시점에서 만 16세 이상인자에 한합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 유상운송 수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
2. 유상운송수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
3. 유상운송을 위해 출근 또는 퇴근 중에 보험금 지급사유가 발생한 때
4. 그 밖에 배달을 목적으로 하지 않은 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 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. 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 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

제4조(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 제3조(의료기관) 제2항에 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 빨아들이는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 보험금 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(배달접수번호, 운행내역, 교통사고사실확인원 등 유상운송임을 입증할수 있는 객관적인 자료)
- 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

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유상운송 중 교통상해입원일당 특별약관(시민안전)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 내 유상운송 중 교통상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함한다)에 ()일 이상 「입원」하여 치료를 받은 경우에는 「입원」 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 제1항에서 교통상해라 함은 아래와 같습니다.
 1. 피보험자가 운행 중인 유상운송 수단에 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
 2. 피보험자가 유상운송 수단에 탑승하지 않은 때 운행 중의 교통수단과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ③ 제2항 제2호의 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 제2조에 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)
- ④ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 「입원」한 경우 이를 1회 「입원」으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 「입원」하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

【유상운송】

피보험자가 수당, 요금 등 대가의 보상을 직접적인 목적으로 유상운송수단 또는 도보로 물건 등의 배달을 하는 경우로 피보험자가 응용 소프트웨어(배달업무 배정 및 배달 완료 시점을 실시간으로 확인 가능한 Application(어플리케이션)을 말합니다.)를 통해 배달 업무를 배정을 받은 시점부터 배달을 완료하여 해당 배달 업무 종료를 알린 시점까지를 말하며, 이 외의 기간은 포함하지 않습니다.

【유상운송 수단】

피보험자의 유상운송을 위해 사용되는 이륜자동차, PM 또는 자전거(원동기자전거 포함)를 의미합니다.

【이륜자동차】

자동차관리법 제3조(자동차의 종류)에서 정한 이륜자동차 중 자동차관리법 제48조(이륜자동차의 사용 신고 등) 및 자동차관리법 시행규칙 제98조의7(사용신고대상 이륜자동차)에서 정한 신고대상 이륜자동차를 말합니다.

【PM】

전기를 동력으로 움직이는 1인이 이용하기 위한 교통수단을 의미하되, 자체중량이 30kg 미만이며 최고 시속 25km/h미만이거나 25km/h이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 않는 개인형 이동수단을 말합니다.

다만, 아래 1), 2) 해당하는 경우에는 PM으로 보지 않습니다.

- 1) 전기자동차, 전기자전거(「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조 제1의2호에서 정한 전기자전거), 어린이용장난감, 전동 휠체어 등

【자전거】

「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 및 제1의2호에서 정한 자전거를 말합니다.

【원동기장치 자전거】

도로교통법 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거를 말합니다.

제2조(피보험자의 범위)

제1조(보험금의 지급사유)의 피보험자는 계약시점에서 만 16세 이상인자에 한합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 유상운송수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
2. 유상운송수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
3. 유상운송을 위해 출근 또는 퇴근 중에 보험금 지급사유가 발생한 때
4. 그 밖에 배달을 목적으로 하지 않은 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 보험금 청구서(회사양식)

-
- ② 사고증명서(배달접수번호, 운행내역, 교통사고사실확인원 등 유상운송임을 입증할수 있는 객관적인 자료)
 - 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

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

- 입원
이 보험에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 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.

유상운송 중 뺑소니 및 무보험차 상해사망·후유장해 특별약관(시민안전)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 내 유상운송 중 발생한 뺑소니사고 또는 무보험차에 의한 사고로 상해(이하 “상해”라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
 2. 보험기간 내 위 제1호의 상해를 입고 그 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항에서 교통상해라 함은 아래와 같습니다.
1. 피보험자가 운행 중인 유상운송 수단에 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
 2. 피보험자가 유상운송 수단에 탑승하지 않은 때 운행 중의 교통수단과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ③ 제2항 제2호의 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 제2조에 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)
- ④ 제1항의 뺑소니사고라 함은 피보험자가 보유불명의 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰관서에 뺑소니사고로 신고되어 자동차손해배상보장법상의 보유불명 자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.
- ⑤ 제1항의 무보험차에 의한 사고라 함은 피보험자가 자동차손해배상보장법상의 대인배상 I(책임보험)을 제외한 자동차보험(공제를 포함합니다)의 대인배상 II(책임보험 초과손해)에 가입되지 않은 자동차(이하 “무보험자동차”라 합니다)에 의해 상해를 입음으로써 손해배상청구권이 발생하는 경우를 말합니다. 단, 가해자동차가 2대이상인 경우에는 그 전부가 무보험자동차일 때에 한합니다.

【유상운송】

피보험자가 수당, 요금 등 대가의 보상을 직접적인 목적으로 유상운송수단 또는 도부로 물건 등의 배달을 하는 경우로 피보험자가 응용 소프트웨어(배달업무 배정 및 배달 완료 시점을 실시간으로 확인 가능한 Application(어플리케이션)을 말합니다.)를 통해 배달 업무를 배정을 받은 시점부터 배달을 완료하여 해당 배달 업무 종료를 알린 시점까지를 말하며, 이 외의 기간은 포함하지 않습니다.

【유상운송 수단】

피보험자의 유상운송을 위해 사용되는 이륜자동차, PM 또는 자전거(원동기자전거 포함)를 의미합니다.

【이륜자동차】

자동차관리법 제3조(자동차의 종류)에서 정한 이륜자동차 중 자동차관리법 제48조(이륜자동차의 사용 신고 등) 및 자동차관리법 시행규칙 제98조의7(사용신고대상 이륜자동차)에서 정한 신고대상 이륜자동차를 말합니다.

【PM】

전기를 동력으로 움직이는 1인이 이용하기 위한 교통수단을 의미하되, 자체중량이 30kg 미만이며 최고 시속 25km/h미만이거나 25km/h이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 않는 개인형 이동수단을 말합니다.

다만, 아래 1), 2) 해당하는 경우에는 PM으로 보지 않습니다.

- 1) 전기자동차, 전기자전거(「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조 제1의2호에서 정한 전기자전거), 어린이용장난감, 전동 휠체어 등

【자전거】

「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 및 제1의2호에서 정한 자전거를 말합니다.

【원동기장치 자전거】

도로교통법 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거를 말합니다.

제2조(피보험자의 범위)

제1조(보험금의 지급사유)의 피보험자는 계약시점에서 만 16세 이상인자에 한합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

- 1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 유상운송수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- 2. 유상운송수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
- 3. 유상운송을 위해 출근 또는 퇴근 중에 보험금 지급사유가 발생한 때
- 4. 그 밖에 배달을 목적으로 하지 않은 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때
- 5. 피보험자가 제1조의 사고를 내고 도주하였을 때

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 보험금 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(배달접수번호, 운행내역, 교통사고사실확인원 등 유상운송임을 입증할수 있는 객관적인 자료)
- 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

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유상운송 중 뺑소니 상해사망·후유장해 특별약관(시민안전)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
 1. 보험기간 내 유상운송 중 발생한 뺑소니사고에 의한 상해(이하 “상해”라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
 2. 보험기간 내 위 제1호의 상해를 입고 그 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항에서 교통상해라 함은 아래와 같습니다.
 1. 피보험자가 운행 중인 유상운송 수단에 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
 2. 피보험자가 유상운송 수단에 탑승하지 않은 때 운행 중의 교통수단과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ③ 제2항 제2호의 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 제2조에 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)
- ④ 제1항의 뺑소니 사고라 함은 피보험자가 보유불명의 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰관서에 뺑소니 사고로 신고되어 자동차손해배상보장법상의 보유불명 자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.

【유상운송】

피보험자가 수당, 요금 등 대가의 보상을 직접적인 목적으로 유상운송수단 또는 도보로 물건 등의 배달을 하는 경우로 피보험자가 응용 소프트웨어(배달업무 배정 및 배달 완료 시점을 실시간으로 확인 가능한 Application(어플리케이션)을 말합니다.)를 통해 배달 업무를 배정을 받은 시점부터 배달을 완료하여 해당 배달 업무 종료를 알린 시점까지를 말하며, 이 외의 기간은 포함하지 않습니다.

【유상운송 수단】

피보험자의 유상운송을 위해 사용되는 이륜자동차, PM 또는 자전거(원동기자전거 포함)를 의미합니다.

【이륜자동차】

자동차관리법 제3조(자동차의 종류)에서 정한 이륜자동차 중 자동차관리법 제48조(이륜자동차의

사용 신고 등) 및 자동차관리법 시행규칙 제98조의7(사용신고대상 이륜자동차)에서 정한 신고대상 이륜자동차를 말합니다.

【PM】

전기를 동력으로 움직이는 1인이 이용하기 위한 교통수단을 의미하되, 자체중량이 30kg 미만이며 최고 시속 25km/h미만이거나 25km/h이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 않는 개인형 이동수단을 말합니다.

다만, 아래 1), 2) 해당하는 경우에는 PM으로 보지 않습니다.

- 1) 전기자동차, 전기자전거(「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조 제1의2호에서 정한 전기자전거), 어린이용장난감, 전동 휠체어 등

【자전거】

「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 및 제1의2호에서 정한 자전거를 말합니다.

【원동기장치 자전거】

도로교통법 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거를 말합니다.

제2조(피보험자의 범위)

제1조(보험금의 지급사유)의 피보험자는 계약시점에서 만 16세 이상인자에 한합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 유상운송수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
2. 유상운송수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
3. 유상운송을 위해 출근 또는 퇴근 중에 보험금 지급사유가 발생한 때
4. 그 밖에 배달을 목적으로 하지 않은 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때
5. 피보험자가 제1조의 사고를 내고 도주하였을 때

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 보험금 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(배달접수번호, 운행내역, 교통사고사실확인원 등 유상운송임을 입증할 수 있

는 객관적인 자료)

- 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

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유상운송 중 교통사고부상진단비 특별약관(시민안전)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 내 유상운송 중 교통상해를 입고 그 직접결과로써 「자동차손해배상 보장법 시행령」 [별표1]에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표46】 참조)의 부상등급을 받은 경우, 보험증권에 기재된 부상등급별 지급금액을 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

부상등급	지급금액	부상등급	지급금액
1급	() 만원	8급	() 만원
2급	() 만원	9급	() 만원
3급	() 만원	10급	() 만원
4급	() 만원	11급	() 만원
5급	() 만원	12급	() 만원
6급	() 만원	13급	() 만원
7급	() 만원	14급	() 만원

- ② 제1항에서 교통상해라 함은 아래와 같습니다.
1. 피보험자가 운행 중인 유상운송 수단에 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
 2. 피보험자가 유상운송 수단에 탑승하지 않은 때 운행 중의 교통수단과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ③ 제2항 제2호의 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 제2조에 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)

【유상운송】
 피보험자가 수당, 요금 등 대가의 보상을 직접적인 목적으로 유상운송수단 또는 도보로 물건 등의 배달을 하는 경우로 피보험자가 응용 소프트웨어(배달업무 배정 및 배달 완료 시점을 실시간으로 확인 가능한 Application(어플리케이션)을 말합니다.)를 통해 배달 업무를 배정을 받은 시점부터 배달을 완료하여 해당 배달 업무 종료를 알린 시점까지를 말하며, 이 외의 기간은 포함하지 않습니다.

【유상운송 수단】
 피보험자의 유상운송을 위해 사용되는 이륜자동차, PM 또는 자전거(원동기자전거 포함)를 의미합니다.

【이륜자동차】

자동차관리법 제3조(자동차의 종류)에서 정한 이륜자동차 중 자동차관리법 제48조(이륜자동차의 사용 신고 등) 및 자동차관리법 시행규칙 제98조의7(사용신고대상 이륜자동차)에서 정한 신고대상 이륜자동차를 말합니다.

【PM】

전기를 동력으로 움직이는 1인이 이용하기 위한 교통수단을 의미하되, 자체중량이 30kg 미만이며 최고 시속 25km/h미만이거나 25km/h이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 않는 개인형 이동수단을 말합니다.

다만, 아래 1), 2) 해당하는 경우에는 PM으로 보지 않습니다.

- 1) 전기자동차, 전기자전거(「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조 제1의2호에서 정한 전기자전거), 어린이용장난감, 전동 휠체어 등

【자전거】

「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 및 제1의2호에서 정한 자전거를 말합니다.

【원동기장치 자전거】

도로교통법 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거를 말합니다.

제2조(피보험자의 범위)

제1조(보험금의 지급사유)의 피보험자는 계약시점에서 만 16세 이상인자에 한합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 유상운송수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
2. 유상운송수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
3. 유상운송을 위해 출근 또는 퇴근 중에 보험금 지급사유가 발생한 때
4. 그 밖에 배달을 목적으로 하지 않은 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 보험금 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(배달접수번호, 운행내역, 교통사고사실확인원 등 유상운송임을 입증할 수 있

는 객관적인 자료)

- 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

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

15. 기타 특별약관

환율 특별약관

제1조(보험료 적용기준)

회사는 보험료를 원화로 영수 또는 환급할 때에는 아래 각호에 해당하는 날의 하나은행 1차고시 전신환대고객매도율로 환산한 원화로 합니다.

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

제2조(보험금 지급기준)

보험금은 지급일의 하나은행 1차고시 전신환대고객매도율로 환산한 원화 또는 ()화에 해당하는 외환증서로 지급하여 드립니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

부부 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

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

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 ()약관을 따릅니다.

가족 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

- ① 회사는 이 특별약관에 의하여 피보험자 본인(이하 “본인”이라 합니다) 및 보험증권에 기재된 본인의 가족을 ()약관 제()조(보험금의 지급사유)의 피보험자로 합니다.
- ② 제1항의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.
 1. 본인의 배우자
 2. 본인과 생계를 같이하는 본인 및 배우자의 부모
 3. 본인과 생계를 같이하는 미혼자녀
- ③ 제2항의 본인과 본인 이외의 가족과의 관계는 사고 발생 당시의 관계를 말합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 ()약관을 따릅니다.

단체계약 특별약관

제1조(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. 제1종 단체
동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.
 2. 제2종 단체
비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회등 동업자단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
 3. 제3종 단체
그 밖에 단체의 구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
- ② 제1항의 대상단체에 소속된 자로서 동일한 보험계약을 체결한 5인 이상의 피보험자로 피보험단체를 구성하여야 하며, 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 다음의 조건을 모두 충족하여야 합니다.
 1. 단체의 내규에 의한 복지제도로써 노사합의에 의하며, 보험료의 일부를 단체 또는 단체의 대표자가 부담하여야 합니다.
 2. 제1항 제2호 및 제3호에 해당하는 단체는 내규에 의해 단체의 대표자와 보험회사가 협정에 의해 체결하여야 합니다.

제2조(상법 제735조3의 적용)

- ① 제1조의 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 제1항의 규약은 보험의 종류 및 일괄 가입에 관한 사항이 포함되어야 하며, 동의 또는 협의를 통하여 피보험자들의 의사가 규약에 반영될 수 있어야 합니다. 다만, 보험계약자가 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정하는 경우에는 해당 내용이 규약에 반영되어야 하며, 반영되지 않은 경우에는 별도 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ③ 보험회사는 계약자를 통해 단체의 규약이 제2항을 충족하고 있는 지 확인을 해야 하며, 계약자는 이에 협조하여야 합니다.

제3조(단체요율의 적용)

- ① 제1조의 단체는 단체요율을 적용할 수 있습니다. 다만, 제3종 단체는 구성원이 명확하고 위험의 동질성이 확보되어야 합니다.

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

제4조(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 발생하는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 보험의 목적에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
- ④ 제1항에 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.

제5조(개별계약으로의 전환)

- ① 피보험자가 퇴직 등의 사유로 인하여 피보험단체에서 탈퇴하는 경우 피보험자가 보험료의 일부를 부담한 경우에 한하여 탈퇴일로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자는 회사의 승낙을 얻어 개별계약으로 전환할 수 있으며, 이 경우 피보험자는 개별계약의 계약자가 됩니다.
- ② 제1항에 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.

제6조(보험증권의 발급)

- ① 회사는 보험계약자에게 보험증권을 드려야 하고, 그 약관의 주요한 내용을 알려드립니다.
- ② 보험계약자의 요청이 있을 경우, 개별 피보험자에게는 가입증명서를 발급하여 드립니다.

제7조(적용상의 특칙)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체계약 보험료정산 추가특별약관

제1조(보험료의 정산)

- ① 회사는 단체계약 특별약관(이하“특별약관”이라 합니다) 제4조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제2항 및 보통약관 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제2항에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.
- ② 회사는 특별약관 제4조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제3항에도 불구하고 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상합니다.

제2조(피보험자의 명부)

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

제3조(예치보험료)

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

제4조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자 정보의 변경을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자 정보의 변경에 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 보험기간 중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료 후 피보험자 정보의 변경에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.
4. 제1호에도 불구하고 피보험자 정보의 변경에 관한 서류 제출 시기는 계약자와 별도로 협의하여 변경할 수 있습니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체계약 특별약관을 따릅니다.

단체계약 보험료정산 추가특별약관(II)

제1조(보험료의 정산)

- ① 회사는 단체계약 특별약관(이하“특별약관”이라 합니다) 제4조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제2항 및 보통약관 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제2항에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.
- ② 회사는 특별약관 제4조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제3항에도 불구하고 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상합니다.

제2조(피보험자의 명부)

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

제3조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자 정보의 변경을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자 정보의 변경에 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 보험기간 중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료 후 피보험자 정보의 변경에 따라 산출된 확정보험료와 기납입보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.
4. 제1호에도 불구하고 피보험자 정보의 변경에 관한 서류 제출 시기는 계약자와 별도로 협의하여 변경할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체계약 특별약관을 따릅니다.

단체계약 보험기간 설정 추가특별약관

제1조(적용범위)

이 추가특별약관은 단체계약 특별약관(이하“특별약관”이라 합니다) 제4조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고 새로이 증가되는 피보험자의 보험기간을 계약의 남은 보험기간과 다르게 정하는 경우에 적용합니다.

제2조(보험기간)

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

제3조(보험료의 납입)

- ① 계약자는 새로이 증가된 피보험자에 대하여 일단위로 계산된 추가보험료를 납입하여야 합니다.
- ② 새로이 증가된 피보험자의 보험기간이 시작된 후라도 다른 약정이 없으면 추가 보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체계약 특별약관을 따릅니다.

포괄계약 추가특별약관

제1조(적용범위)

- ① 이 추가특별약관은 단체계약 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다) 제1조(계약의 적용 범위)에 정한 단체로서 동일한 성격을 갖는 둘 이상의 단체가 모여 공동으로 보험계약을 체결하는 경우에 적용합니다.
- ② 제1항의 경우 총 피보험자수는 5인 이상이어야 합니다.

제2조(계약자)

이 추가특별약관에서의 계약자는 특별약관 제1조(계약의 적용 범위)의 단체를 대표하여 보험계약상의 모든 권리, 의무를 직접 또는 간접적으로 행사할 수 있어야 합니다.

제3조(피보험자수의 산정)

이 추가특별약관의 피보험자수는 이 보험계약에 부분된 총 피보험자수로 하며 이를 기준으로 단체계약의 유형에 따른 보험계약 할인율을 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체계약 특별약관을 따릅니다.

단체피보험자 지위유지 추가특별약관

제1조(피보험자 지위의 유지)

- ① 회사는 피보험자가 피보험단체에서 탈퇴하더라도 단체계약 특별약관에 따라 피보험단체의 구성원으로서의 지위를 보험종기까지 연장하여 드립니다. 다만, 피보험자가 사망 등 퇴직으로 지위유지가 불가능한 경우에는 제외합니다.
- ② 이 추가특별약관은 아래의 조건을 모두 충족하는 경우에 한하여 적용합니다.
 1. 피보험단체는 단체계약 특별약관 제1조(계약의 적용 범위) 제1항 제1호의 제1종 단체 이어야 합니다.
 2. 보험종기까지 잔여기간에 대한 보험료를 계약자가 모두 부담하여야 합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체계약 특별약관을 따릅니다.

보험료분납 특별약관 II

제1조(보험료의 분납)

계약자는 이 특별약관에 따라 보험료를 ()회에 분할하여 회사에 납입합니다.

제2조(나뉘 내는 보험료의 납입)

- ① 계약자는 계약을 체결할 때에 제1회 나뉘 내는 보험료를 납입하고 제2회 이후의 나뉘 내는 보험료는 아래에 기재된 납입기일까지 납입하여야 합니다.
()회 분납: 제 1회: 계약의 청약일 (총 보험료의 ()% 해당액)
제()회: 년 월 일 (총 보험료의 ()% 해당액)
- ② 보험기간이 시작된 후라도 제1항의 제1회 나뉘 내는 보험료를 납입하기 전에 생긴 사고는 보상하여 드리지 않습니다.
- ③ 보험기간동안 이 계약의 보험요율이 변경된 경우라도 이 특별약관에 따라 납입하는 분납보험료는 변경적용하지 않습니다. 다만, 보통약관 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)에 따라 보험료가 변경된 경우에는 예외로 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상품다수구매자 보험계약 특별약관

제1조(적용범위)

- ① 이 상품다수구매자 보험계약 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)은 상품판매자가 자기의 관리하에 운영·유지되는 상품구매자 다수를 피보험자로 하여 보험계약을 체결하는 경우에 적용합니다.
- ② 제1항의 상품구매자란 각종 재화(주유, 물품 등), 용역(간병, 가사도우미 등) 및 서비스(금융서비스 등)를 해당 기업으로 부터 구매하는 자를 말합니다.
- ③ 제1항의 총 피보험자수는 100인 이상이어야 합니다

제2조(보험계약자)

이 특별약관의 보험계약자는 제1조(적용범위)의 상품구매자 다수를 대표하여 보험계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

제3조(보험가입금액)

피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

제4조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체)

- ① 보험계약을 맺은 후 피보험자를 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
- ② 이 계약기간 중 피보험자 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며, 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

제5조(보험료의 정산)

- ① 회사는 제4조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고 이 특별약관에 따라 보험료를 다음과 같이 정산합니다.
 1. 계약자는 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자수에 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 보험기간 중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.

-
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.
- ② 회사는 제4조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체) 제3항에도 불구하고 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상품다수구매자 보험계약 보험기간 설정 추가특별약관

제1조(적용범위)

이 추가특별약관은 상품다수구매자 보험계약 특별약관(이하“특별약관”이라 합니다) 제4조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고 새로이 증가되는 피보험자의 보험기간을 계약의 남은 보험기간과 다르게 정하는 경우에 적용합니다.

제2조(보험기간)

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

제3조(보험료의 납입)

- ① 계약자는 새로이 증가된 피보험자에 대하여 일단위로 계산된 추가보험료를 납입하여야 합니다.
- ② 새로이 증가된 피보험자의 보험기간이 시작된 후라도 다른 약정이 없으면 추가 보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제4조(준용규정)

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

보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료부터 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

보험기간 종료후 재가입 특별약관

제1조(특약의 적용)

이 특별약관은 회사와 계약자간에 보험계약이 종료하고 계약자가 재가입하는 경우에 적용합니다.

제2조(재가입 절차)

- ① 회사는 보험기간 종료 15일 전까지 계약자에게 보험기간이 끝난다는 사실을 통보하고 재가입 의사를 문의 합니다.
- ② 계약자가 보험기간 종료일까지 제1항의 재가입 의사를 회사가 정한 방식으로 표시하면 별도의 청약 및 승낙의 절차를 거치지 않고 계약이 재가입 처리됩니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 통보, 문의 및 의사표시는 회사가 정한 방식으로 서면, 녹취전화, 이메일 및 홈페이지를 통해 할 수 있습니다.
- ④ 보험약관 및 요율이 변경된 경우에는 기존 계약의 보장이 끝나고 재가입 계약의 보장이 시작되는 때의 보험약관 및 요율을 적용하며, 제1항의 통보에 그 주요 변경 내용을 포함합니다.

제3조(재가입 계약의 적용)

재가입된 계약에 대하여 보험약관 및 요율이 변경된 경우에는 기존 계약의 보장이 끝나고 재가입 계약의 보장이 시작되는 때의 보험약관 및 요율을 적용합니다..

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관(이하 「특약」 이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」 라 합니다), 피보험자 및 보험수익자(이하 「수익자」 라 합니다)가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 계약자의 청약과 보험회사(이하 보험회사는 「회사」 라 합니다)의 승낙으로 부가되어집니다.
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

- ① 보험계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」 이라 합니다)을 2인 이내(2인 지정시 대표대리인을 지정)에서 지정(제4조에 따른 변경지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

- ① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 지정대리청구인 변경신청서(회사 양식)
 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ② 회사는 제1항의 지정대리청구인 변경 지정시 계약자의 지정 편의를 위해 가족관계서류의 수령을 생략할 수 있습니다.

제5조(보험금 지급 등의 절차)

-
- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

장애인전용보험전환 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

- ① 이 특별약관은 보험회사(이하 「회사」라 합니다)가 정한 방법에 따라 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 「전환대상계약」이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.
1. 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

【소득세법 제59조의4(특별세액공제)】

- ① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.
1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
 2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

【소득세법 시행령 제118조의4 (보험료의 세액공제)】

- ① 법 제59조의4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.
- ② 법 제59조의4 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 제61조의3 (공제대상보험료의 범위)】

영 제118조의4 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 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서 규정한 장애인인 보험

【「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서 규정한 장애인】

- ① 법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각 호의 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 제54조(장애아동의 범위)】

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

【이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시】

1. 전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
: 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
 2. 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
: 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
 3. 전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우
: 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.
- ② 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제2조 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ④ 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

- ① 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인 증명서의 원본 또는 사본」(이하, 「장

애인 증명서」라 합니다)을 제출하여 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명서를 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
- ③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.
- ④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

- ① 회사는 이 특별약관이 부가된 전환계약을 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

【예시】

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 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 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약 보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

【예시】

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특별약관을 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 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을

다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용 범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조(전환 취소)

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

제5조(준용규정)

- ① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약의 약관, 소득세법 등 관련 법규에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

단체실손의료보험 중지제도 특별약관

제1조(목적)

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.

* 단체실손의료보험 : 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 실손의료보험으로서 보험업감독규정 제7-49조 제2호 각 목의 요건에 해당하는 단체보험을 말함

제2조(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

* 개인실손의료보험 : 노후·유병력자·여행 실손의료보험 및 단체실손의료보험을 제외한 실손의료보험을 말함

* 계약중지 신청일 : 피보험자가 계약중지 신청을 회사에 접수한 날을 말함

② 제1항의 「해당 단체실손의 보장종목 전체」라 함은 피보험자가 가입한 급여 실손의료비 특별약관 및 비급여 실손의료비 특별약관의 보장종목 전체를 말하며 보장종목 중 일부를 선택하여 계약중지 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.

제3조(중지지급금의 산출과 지급)

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

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

-
- ③ 해당 지급기일내에 「중지지급금」을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율로 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 1호에 준하는 사유

제4조(계약중지 신청의 취소)

- ① 피보험자는 「계약중지 확인서」를 받은 날로부터 15일 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 1회에 한합니다.

제5조(계약중지 신청의 취소의 제한)

제4조(계약중지 신청의 취소) 제1항에도 불구하고, 피보험자는 회사로부터 「중지지급금」을 받은 경우 회사에 「중지지급금」을 환입하기 전까지 계약중지 신청의 취소가 제한됩니다.

제6조(준용규정)

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

【 별표1 】

장 해 분 류 표

㉠ 총칙

1. 장애의 정의

- 1) '장애'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 장애에 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 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 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 ⑫ 흉·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 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용

- 한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 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) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람으로부터 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

2 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 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 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 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) ‘한 눈이 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) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애'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 조절기능장애'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) '뚜렷한 시야 장애'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 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 운동장애를 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 조직요물(凹液) 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)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10
-------------------	----

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 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 장애 상태를 재평가 하여야 한다.
- 2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) '심한 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '약간의 장애를 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 장애를 평가한다.

다. 컷바퀴의 결손

- 1) '컷바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 컷바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
- 2) 컷바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- 1) '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 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 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 쓰러지는 경우	20

	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- 1) ‘코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 일상생활에서 구강호흡(입호흡)의 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 인하여 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감되는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10

7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 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. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구(입을 벌림)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) ‘씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 심한 개구(입을 벌림)운동 제한이나 저작(씹기)운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) ‘씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구(입을 벌림)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌림)운동이 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 장애를 남긴 때’라 함은 아래 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구(입을 벌림)운동 제한 또는 약간의 저작(씹기)운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌림)운동이 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) 개구(입을 벌림)장애는 턱관절의 이상으로 개구(입을 벌림)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구(입을 벌림)상태에서 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 장애를 남긴 때’라 함은 아래 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우

- 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 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 장애를 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 장애는 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 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률을 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 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장애'라 함은 성형수술(반흔(흉터)성형술, 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, 모

발의 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(흉터) 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔(흉터)의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔(흉터)은 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 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 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 기형장애는 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 인접 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 기형장애는 「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 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 경과한 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사상에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장애란 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 고정된 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정된 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 고정된 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정된 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개대후두공의 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 고정된 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 운동범위 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 부위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) ‘추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애’란 추간판탈출증으로 인하여 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
-

- 13) ‘추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애’란 추간판탈출증으로 인하여 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) ‘추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애’란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

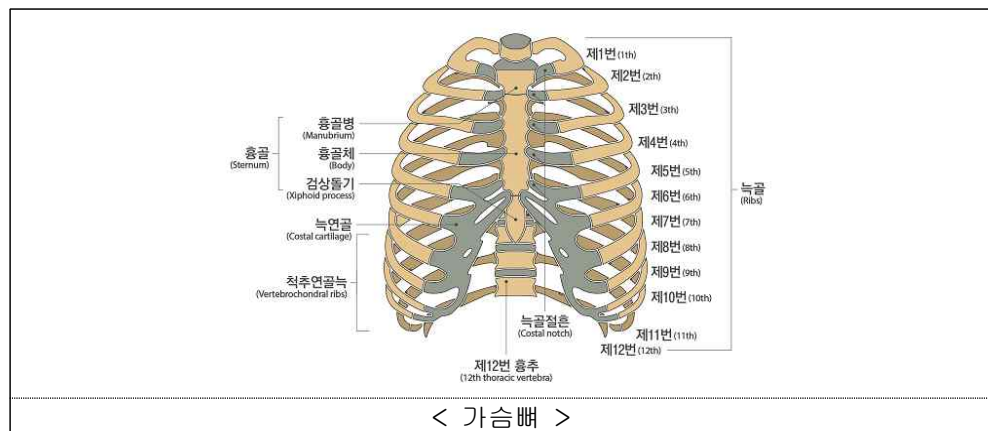
7. 체간골의 장애

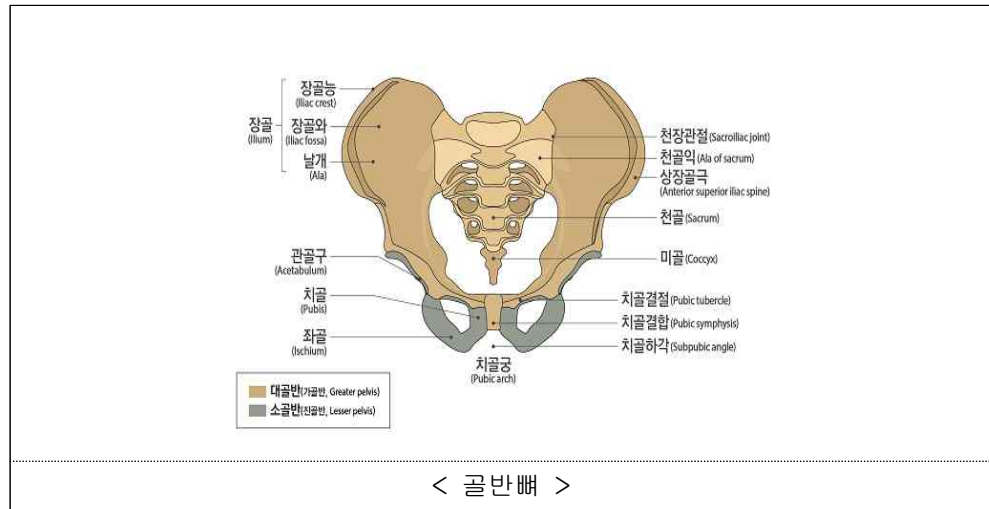
가. 장애의 분류

장애의 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. 장애판정기준

- 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 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
 - 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - 다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) ‘빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때’라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.





8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 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 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 아니한다.
- 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)로부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함된다.

- 6) 팔의 관절기능장애 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) 관절기능장애를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 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 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 장애를 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 장애를 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 장애를 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^㉔이 남아 뚜렷한 장애를 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 장애를 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 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 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 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 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. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 아니한다.
- 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 발목관절부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「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 익스션)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 익스션)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 익스션)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.
- 13) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.
-

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1하지(다리과 발가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

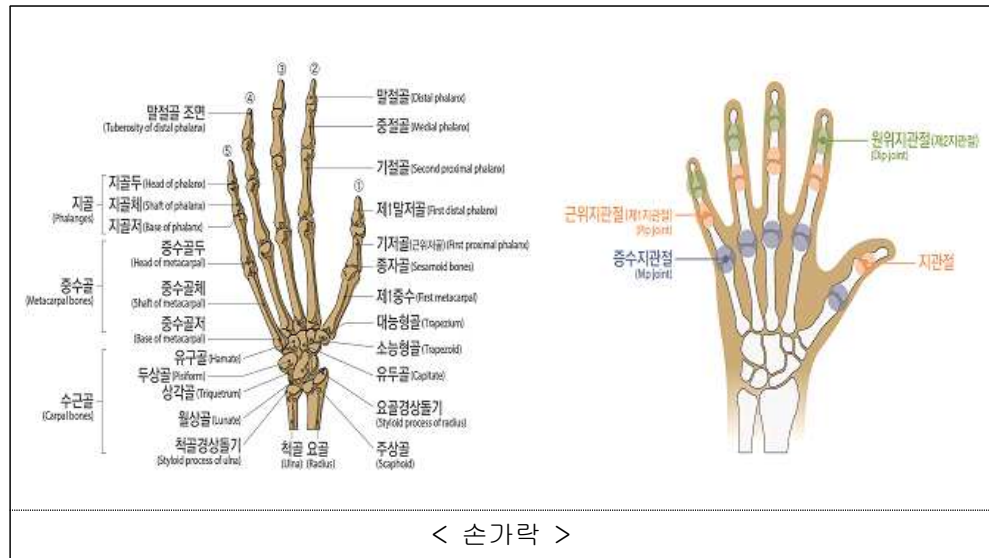
장애의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 아니한다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 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)로부터 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 장애를 남긴 때’라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말

하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

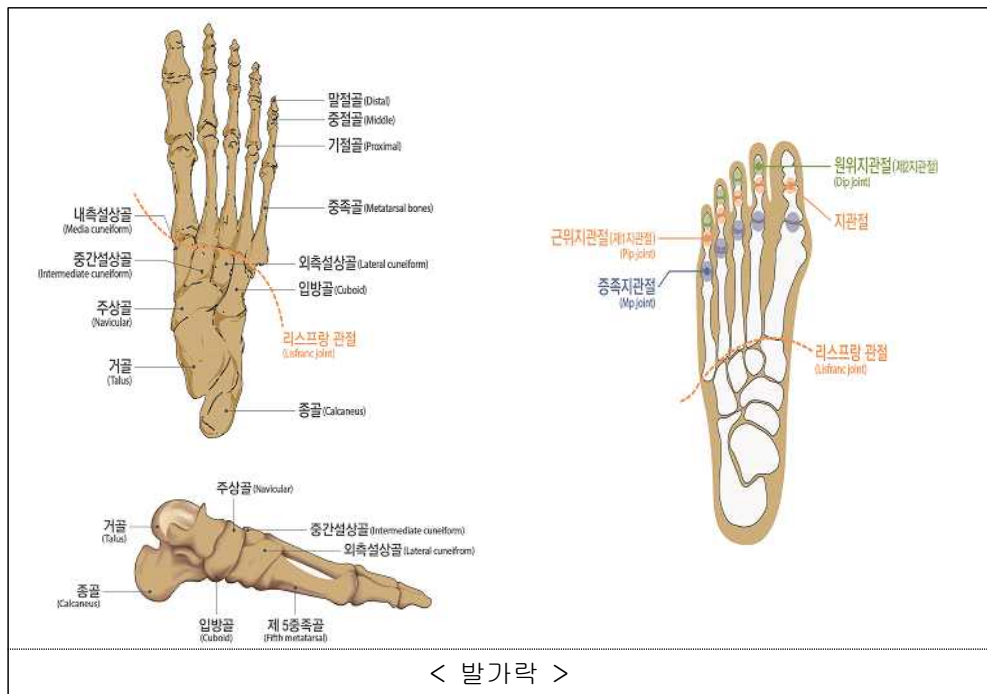
장애의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 두 렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 두 렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 두 렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되

는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
- 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 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 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 장해평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애의 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 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4이상 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 장애를 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 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 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 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장

기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.

- 7) 상기 회복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매: CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 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. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) ‘신경계에 장애를 남긴 때’라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간 중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 경과한 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) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과 의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.
- 다) '정신행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) '정신행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) '정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'^{주)} 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
- ※ 주) 능력장애측정기준의 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 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) '정신행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과 의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카) 정신행동장애는 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 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- 파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집

증, 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 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
- 다) 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

- 가) '뇌전증(간질)'이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 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, 인지장애 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 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) '경증발작'이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 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 걸지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 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 지속적인 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	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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%)

	<ul style="list-style-type: none"> - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
<p style="text-align: center;">옷 입고 벗기</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 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 나머리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

<부표1>

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(보통약관 제8조 제5항 관련)

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

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 5. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

<부표2>

보험금을 지급할 때의 적립이율(배상(보상)책임 특별약관 제5조 제2항 관련)

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

주) 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

<부표3>

보험금을 지급할 때의 적립이율 (외국인국내유학생 해외입원의료실비 특별약관 제7조 제4항 관련)

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

- 주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.
2. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【 별표2 】

과로사관련 질병 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌혈관질환 내지 심질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류기호
고혈압성 심장병	I11
고혈압성 심장 및 신장병	I13
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
고혈압성 뇌병증	I67.4

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표3 】

과로사관련 특정질병 분류표

1. 약관에 규정하는 과로사관련 특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
바이러스 감염	B15 ~ B19
고혈압성 심장병	I11
고혈압성 심장 및 신장병	I13
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	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
- 거대세포바이러스간염(K77.0*)	B25.1†
- 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1†

주1) 분류번호 K70 ~ K77에 해당하는 간의 질환 중 간암에 대해서는 보장하지 아니합니다.

주2) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표4 】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
입술, 구강(입속) 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물(암)	C30-C39
골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43-C44
종피성 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 악성신생물(암)	C73-C75
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
독립된(원발성) 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[과호산구증후군]	D47.5

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표5 】

제자리 신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
구강(입속), 식도 및 위의 제자리암종	D00
기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
제자리흑색종	D03
피부의 제자리암종	D04
유방의 제자리암종	D05
자궁경부의 제자리암종	D06
기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표6 】

교통사고처리 특례법 제3조 2항 단서

1. 「도로교통법」 제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 「도로교통법」 제13조제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 「도로교통법」 제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 「도로교통법」 제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 「도로교통법」 제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 「도로교통법」 제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 「도로교통법」 제43조, 「건설기계관리법」 제26조 또는 「도로교통법」 제96조를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 「도로교통법」 제44조제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 「도로교통법」 제13조제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 「도로교통법」 제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우
12. 「도로교통법」 제39조제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

상기외 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

【 별표7 】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
구강(입속) 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
뇌 및 중추신경계통의 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

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표8 】

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
거미막하출혈	160
뇌내출혈	161
기타 비외상성 두개내출혈	162
뇌경색증	163
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	164
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
기타 뇌혈관 질환	167
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	168
뇌혈관 질환의 후유증	169

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표9 】

허혈성심질환 분류표

1. 약관에 규정하는 허혈성심질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표10 】

식중독 분류표

1. 약관에 규정하는 식중독으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 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
바이러스성 및 기타 명시된 장 감염	A08
해산물로 섭취한 유해물질의 독성효과	T61
식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독작용	T62

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표11 】

소아3대암 분류표

1. 약관에 규정하는 소아3대암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 수막의 악성 신생물	C70.0
2. 뇌의 악성 신생물	C71
3. 기타 및 상세불명의 뇌신경의 악성 신생물	C72.5
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 중복병변의 악성 신생물	C72.8
5. 상세불명의 중추신경계통의 악성 신생물	C72.9
6. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96, D47.1, D47.5
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표12 】

3대암 분류표

1. 약관에 규정하는 3대암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 위의 악성신생물(암)	C16
2. 간 및 간내 담관의 악성신생물(암)	C22
3. 담낭의 악성신생물(암)	C23
4. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C24
5. 기관의 악성신생물(암)	C33
6. 기관지 및 폐의 악성신생물(암)	C34

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표13 】

여성특정암 분류표

1. 약관에 규정하는 여성특정암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 외음의 악성신생물(암)	C51
3. 질의 악성신생물(암)	C52
4. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
5. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
6. 상세불명 자궁 부분의 악성신생물(암)	C55
7. 난소의 악성신생물(암)	C56
8. 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C57
9. 태반의 악성신생물(암)	C58

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표 14 】

뇌졸중 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌졸중대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표15 】

급성심근경색증 분류표

1. 약관에 규정하는 급성심근경색증대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표16 】

여성3대암 분류표

1. 약관에 규정하는 여성3대암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 위의 악성신생물(암)	C16
2. 유방의 악성신생물(암)	C50
3. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
4. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
5. 자궁의 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C55
6. 난소의 악성신생물(암)	C56
7. 태반의 악성신생물(암)	C58

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표17 】

남성3대암 분류표

1. 약관에 규정하는 남성3대암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 위의 악성신생물(암)	C16
2. 간 및 간내 담관의 악성신생물(암)	C22
3. 담낭의 악성신생물(암)	C23
4. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C24
5. 기관의 악성신생물(암)	C33
6. 기관지 및 폐의 악성신생물(암)	C34

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표18 】

심장질환 분류표

1. 약관에 규정하는 심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 급성 류마티스열	I00~I02
2. 만성 류마티스 심장 질환	I05~I09
3. 허혈심장질환	I20~I25
4. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
5. 기타 형태의 심장병	I30~I52
- 수막알균성 심근염(I41.0*)	A39.5†
- 수막알균성 심내막염(I39.8*)	A39.5†
- 수막알균성 심장막염(I32.0*)	A39.5†
- 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5†
- 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6†

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표19 】

뇌출혈대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌출혈대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 거미막하출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내출혈	162

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표20 】

수술분류표

수 술 명		수술종류
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(고름집)(膿瘍)의 단순한 절개는 제외함]	2
	5. 두개골(머리뼈) 관혈수술(頭蓋骨 觀血手術) [비골(코뼈) 비중격(鼻骨 鼻中隔)은 제외함]	2
	6. 비골(코뼈) 관혈수술(鼻骨 觀血手術)[비중격만곡증수술(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(팔·다리뼈) 사지관절 관혈수술(팔·다리骨 팔·다리關節 觀血手術)	1
	13. 근·건(힘줄)·인대·관혈수술(筋建 靱帶 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. 후두전절제술(喉頭全切除術)	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
순환기·비의수술 (循環器·脾의 手術)	18. 종격종양적출술(縱隔腫瘍摘出術)	3
	19. 관혈적혈관 형성술(觀血的血管 形成術)[혈액투석용(血液透析用)의 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	

수 술 명		수술종류
	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. 비절제술(脾切除術)	2
소화기의 수술 (消化器의 手術)	26. 이하선(귀밑샘)종양적출술(耳下腺腫瘍摘出術)	2
	27. 악하선종양적출술(顎下腺腫瘍摘出術)	1
	28. 식도이단술(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 胰臟 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 치 핵(痔核)만의 수술은 제외함]	1	
뇨·성기의 수술 (尿·性器의 手術)	38. 콩팥(신장)이식수술(腎移植手術)[수용자(受容者)에한함]	3
	39. 신장 신우 뇨관 방광 관혈수술(콩팥 腎盂 尿管 膀胱 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(辜丸 副辜丸 精 管 精索 精囊 前立腺手術)	2
	44. 음낭수종근본수술(陰囊手腫根本手術)	1
	45. 자궁광범전절제술(子宮廣汎全切除術)[단순 자궁 전 절제 술(單純子宮全摘)등의 자궁전절제술(子宮全切除術)은 제 외함]	3
	46. 자궁경관형성술 자궁경관봉축술(子宮經管形成術 子宮經 管縫縮術)	2
	47. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	48. 자궁외 임신수술(子宮外妊娠手術)	2
49. 자궁탈 질탈수술(子宮脫膾脫手術)	2	

수 술 명		수술종류
	50. 기타의 자궁수술(子宮手術)[자궁경관 Polyp 절제술 인공 임신 중절술(子宮經管Polyp切除術人工妊娠中絶術)은제외함]	1
	51. 난관 난소 관혈수술(卵管 卵巢 觀血手術)[경질적조작(經腔的操作)은 제외함]	1
	52. 기타의 난관 난소수술(卵管 卵巢手術)	2
내분비기의 수술 (內分泌器의 手術)	53. 하수체종양절제술(下垂體腫瘍切除術)	3
	54. 갑상선수술(甲狀腺手術)	2
	55. 부신전절제술(副腎全切除術)	2
신경의 수술 (神經의手術)	56. 두 개내 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(눈꺼풀이늘러짐症手術)	1
	61. 누소관형성술(淚小管形成術)	1
	62. 누낭비강연합술(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 안와내이물제거술(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)	1
	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)	2
	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 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	72. 안구절제술 조직충전술(眼球切除術, 組織充填術)	2
	73. 안와종양적출술(眼窩腫瘍摘出手術)	2
74. 안근이식술(眼筋移植術)	1	
감각기·청기의 수술 (感覺器·聽器의 手術)	75. 관혈적고막고실형성술(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(聽神經腫瘍摘出手術)	3
악성신생물(암)의	80. 악성신생물(암)근치수술(惡性新生物根治手術)	3

수 술 명		수술종류
수술 (惡性新生物의 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.]	1
	82. 기타의 악성신생물(암)수술(惡性新生物手術)	2
상기이외의 수술 (上記 以外의 手術)	83. 상기이외의개두술(開頭術)	2
	84. 상기이외의개흉술(開胸術)	2
	85. 상기이후의개복술(開腹術)	1
	86. 충격파(衝擊波)에 의한 체내 결석(돌) 파쇄술(體內結石破碎術) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
신생물근치 방사선조사 (新生物根治 放射線照射)	87. Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter에 의한 뇌 후두 흉부 복부 장기수술(腦 喉頭 가슴 배 藏器手術)[검사 처치는 포함하지 않음. 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	88. 신생물근치 방사선조사(新生物根治 放射線照射) [5,000Rad 이상의 조사(照射)로 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1

【비고】

- 치료를 직접목적으로 한 수술

미용성형상의 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.

【 별표21 】

성별특정질병 분류표

1. 약관에 규정하는 성별특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

구분	대 상 이 되 는 질 병		분류번호
남성	심장질환	1. 급성 류마티스열 2. 만성 류마티스 심장 질환 3. 허혈심장질환 4. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 5. 기타 형태의 심장병 - 수막알균성 심근염(I41.0*) - 수막알균성 심내막염(I39.8*) - 수막알균성 심장막염(I32.0*) - 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*) - 칸디다심내막염(I39.8*)	I00 ~ I02 I05 ~ I09 I20 ~ I25 I26 ~ I28 I30 ~ I52 A39.5† A39.5† A39.5† A39.5† B37.6†
	뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60 ~ I69
	간질환	1. 바이러스간염 2. 간의 질환 - 거대세포바이러스간염(K77.0*) - 특소포자충간염(K77.0*)	B15 ~ B19 K70 ~ K77 B25.1† B58.1†
	고혈압	3. 고혈압 질환	I10 ~ I15
	당뇨병 질환	1형 당뇨병 2형 당뇨병 영양실조 관련 당뇨병 기타 명시된 당뇨병 상세불명의 당뇨병 - 당뇨병성 단일신경병증 - 당뇨병성 다발신경병증 - 당뇨병성 백내장 - 당뇨병성 망막병증 - 당뇨병성 관절병증 - 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 점액농성 만성 기관지염 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
	여성	심장질환	1. 급성 류마티스열 2. 만성 류마티스 심장 질환	I00 ~ I02 I05 ~ I09

구분	대 상 이 되 는 질 병	분류번호
	3. 허혈심장질환 4. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 5. 기타 형태의 심장병 - 수막알균성 심근염(141.0*) - 수막알균성 심내막염(139.8*) - 수막알균성 심장막염(132.0*) - 수막알균성 심장염 NOS(152.0*) - 칸디다심내막염(139.8*)	I20 ~ I25 I26 ~ I28 I30 ~ I52 A39.5† A39.5† A39.5† A39.5† B37.6†
	뇌혈관질환	뇌혈관 질환 I60 ~ I69
	고혈압 질환	본태성(원발성) 고혈압 I10 고혈압성 심장병 I11 고혈압성 신장병 I12 고혈압성 심장 및 신장병 I13 이차성 고혈압 I15 고혈압성 뇌병증 I67.4 고혈압성 망막병증 H35.0 - 단, 고혈압성 망막병증 이외의 배경 망막병증 및 망막혈관변화는 제외
	당뇨병	당뇨병 E10 ~ E14
	위궤양 및 십이지장궤양	1. 위궤양 K25 2. 십이지장궤양 K26 3. 상세불명 부위의 소화성 궤양 K27
	신부전	신부전 N17 ~ N19

주1) 당뇨병(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 한국표준질병·사인분류를 참고)

주2) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표22 】

골절 분류표

1. 약관에 규정하는 골절로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류기호
1. 두개골(머리뼈) 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 머리의 상세불명의 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골(갈비뼈), 흉골(가슴뼈) 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표23 】

화상 분류표

1. 약관에 규정하는 화상으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류기호
머리 및 목의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T20
몸통의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T21
손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T22
손목 및 손의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T23
발목 및 발을 제외한 고관절 및 다리의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T24
발목 및 발의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T25
눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T26
기도의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T27
기타 내부기관의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T28
여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T29
상세불명 신체부위의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T30
포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표24 】

간질환 분류표

1. 약관에 규정하는 간질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류 번호
1. 바이러스간염(B15~B19)	B15 급성 A형간염 B16 급성 B형간염 B17 기타 급성 바이러스간염 B18 만성 바이러스간염 B19 상세불명의 바이러스간염
2. 간의 질환 (K70~K77, B25.1, B58.1)	K70 알콜성 간질환 K71 독성 간질환 K72 달리 분류되지 않은 간부전 K73 달리 분류되지 않은 만성 간염 K74 간의 섬유증 및 경변증 K75 기타 염증성 간질환 K76 간의 기타 질환 K77 달리 분류된 질환에서의 간 장애 B25.1† 거대세포바이러스간염(K77.0*) B58.1† 톡소포자충간염(K77.0*)

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표25 】

이차성 악성신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 이차성 악성신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	C79.0
방광 및 기타 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	C79.1
피부의 이차성 악성 신생물	C79.2
뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	C79.3
신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	C79.4
골 및 골수의 이차성 악성 신생물	C79.5
난소의 이차성 악성 신생물	C79.6
부신의 이차성 악성 신생물	C79.7
기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	C79.8
부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표26 】

정신질환 분류표

1. 약관에 규정하는 정신질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
알콜 및 기타 정신활성물질에 의해 유발된 것이 아닌 기질성 기억상실증후군	F04
알콜 및 기타 정신활성물질에 의하여 유발된 것이 아닌 섬망	F05
뇌손상, 뇌기능이상 및 신체질환에 의한 기타 정신장애	F06
뇌질환, 뇌손상 및 기능이상에 의한 인격 및 행동장애	F07
상세불명의 기질성 또는 증상성 정신장애	F09
정신활성물질의 사용에 의한 정신 및 행동장애	F10-F19
조현병, 분열형 및 망상성 장애	F20-F29
기분[정동] 장애	F30-F39
신경증적, 스트레스-연관 및 신체형 장애	F40-F48
생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동 증후군	F50-F59
성인 인격 및 행동의 장애	F60-F69
정신지체	F70-F79
정신발달장애	F80-F89
소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서장애	F90-F98
정신장애 NOS	F99

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표27 】

총수염(맹장염) 분류표

1. 약관에 규정하는 총수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
총수의 질환	K35 ~ K38

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표28 】

탈구, 신경손상, 으깬손상 분류표

1. 약관에 규정하는 탈구, 신경손상, 으깬손상으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
경추의 탈구	S13.1
목의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S13.2
목의 다발탈구	S13.3
흉추의 탈구	S23.1
흉부의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S23.2
요추의 탈구	S33.1
천장관절 및 천미관절의 탈구	S33.2
어깨 관절의 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 부분의 신경손상	S84
발목 및 발 부위의 신경의 손상	S94
목 부위의 신경 및 척수의 손상을 포함한 뇌 및 뇌신경의 손상	T06.0
기타 여러 신체부위를 침범한 신경 및 척수의 손상	T06.1
여러 신체부위를 침범한 신경의 손상	T06.2

분류항목	분류번호
몸통의 상세불명의 신경, 척추신경근 및 척추 신경총의 손상	T09.4
팔의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T11.3
다리의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T13.3
목의 으깬손상	S17
어깨 및 위팔의 으깬손상	S47
아래팔의 으깬손상	S57
엉덩이 및 대퇴의 으깬손상	S77
아래다리의 으깬손상	S87
발목 및 발의 으깬손상	S97
여러 신체부위를 침범한 으깬손상	T04

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표29 】

골절(치아파절 제외)분류표

1. 약관에 규정하는 골절로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 두개골(머리뼈) 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5 제외)
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 머리의 상세불명의 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골(갈비뼈), 흉골(가슴뼈) 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표30 】

외상성 절단 분류표

1. 약관에 규정하는 외상성 절단으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
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 으깬손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
복부, 아래등 및 골반의 으깬손상 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) ~ 상세불명의 손가락의 외상성 중수지골 절단(완전)(부분)제외)	S68 (S68.1 ~ S68.119 제 외)
엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78
아래다리의 외상성 절단	S88
발목 및 발의 외상성 절단(단일 발가락의 외상성 절단은 제외)	S98(S98.1 제외)
여러 신체부위를 침범한 외상성 절단	T05
팔의 상세불명 부위의 외상성 절단	T11.6
다리의 상세불명 부위의 외상성 절단	T13.6

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표31 】

뇌·내장손상 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌·내장손상으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류코드
뇌손상	<input type="checkbox"/> 두개원개의 골절	S02.0
	<input type="checkbox"/> 두개저의 골절	S02.1
	<input type="checkbox"/> 안와바닥의 골절	S02.3
	<input type="checkbox"/> 두개골(머리뼈) 및 안면골을 침범한 다발골절	S02.7
	<input type="checkbox"/> 기타 두개골(머리뼈) 및 안면골의 골절	S02.8
	<input type="checkbox"/> 두개골(머리뼈) 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9
	<input type="checkbox"/> 미만성 뇌손상	S06.2
	<input type="checkbox"/> 경막외출혈	S06.4
	<input type="checkbox"/> 외상성 경막하출혈	S06.5
	<input type="checkbox"/> 외상성 지주막하출혈	S06.6
	<input type="checkbox"/> 지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
	<input type="checkbox"/> 기타 두개내손상	S06.8
	<input type="checkbox"/> 상세불명의 두개내손상	S06.9
	<input type="checkbox"/> 두개골(머리뼈)의 으깬손상	S07.1
	<input type="checkbox"/> 머리의 기타 부분의 으깬손상	S07.8
	<input type="checkbox"/> 머리의 상세불명 부분의 외상성 절단	S08.8
	<input type="checkbox"/> 달리 분류되지 않은 머리의 혈관손상	S09.0
	<input type="checkbox"/> 머리의 다발손상	S09.7
	내장손상	<input type="checkbox"/> 혈심낭을 동반한 심장손상	S26.0
<input type="checkbox"/> 심장의 기타 손상		S26.8
<input type="checkbox"/> 심장의 상세불명 손상		S26.9
<input type="checkbox"/> 폐의 기타 손상		S27.3
<input type="checkbox"/> 기관지의 손상		S27.4
<input type="checkbox"/> 흉부기관의 손상		S27.5
<input type="checkbox"/> 흉막의 손상		S27.6
<input type="checkbox"/> 흉곽내기관의 다발손상		S27.7
<input type="checkbox"/> 기타 명시된 흉곽내기관의 손상		S27.8
<input type="checkbox"/> 상세불명의 흉곽내기관의 손상		S27.9
<input type="checkbox"/> 흉부의 으깬손상 및 흉부 부분의 외상성 절단		S28
<input type="checkbox"/> 흉부의 기타 및 상세불명의 손상		S29
<input type="checkbox"/> 복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상		S35
<input type="checkbox"/> 비장의 손상		S36.0
<input type="checkbox"/> 간 또는 담낭의 손상		S36.1
<input type="checkbox"/> 췌장의 손상		S36.2
<input type="checkbox"/> 위의 손상		S36.3
<input type="checkbox"/> 소장외의 손상		S36.4
<input type="checkbox"/> 결장의 손상		S36.5
<input type="checkbox"/> 직장의 손상		S36.6
<input type="checkbox"/> 다발성 복강내기관의 손상	S36.7	

분 류 항 목		분류코드
<input type="checkbox"/>	기타 복강내기관의 손상	S36.8
<input type="checkbox"/>	신장의 손상	S37.0
<input type="checkbox"/>	요관의 손상	S37.1
<input type="checkbox"/>	방광의 손상	S37.2
<input type="checkbox"/>	요도의 손상	S37.3
<input type="checkbox"/>	난소의 손상	S37.4
<input type="checkbox"/>	난관의 손상	S37.5
<input type="checkbox"/>	자궁의 손상	S37.6
<input type="checkbox"/>	다발성 골반기관의 손상	S37.7
<input type="checkbox"/>	기타 골반기관의 손상	S37.8
<input type="checkbox"/>	복부, 아래 등 및 골반의 으깬손상 및 외상성 절단	S38
<input type="checkbox"/>	골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S39.6

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표32 】

연구활동종사자 관련 후유장애등급별 보상금액

등급	보상금액	신 체 장 해
1급	20,000만원	<ol style="list-style-type: none"> 1. 두 눈이 실명된 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 항상 간병을 받아야 하는 사람 4. 흉복부장기에 뚜렷한 장애가 남아 항상 간병을 받아야 하는 사람 5. 반신마비가 된 사람 6. 두 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람 7. 두 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 8. 두 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람 9. 두 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람
2급	18,000만원	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.02이하로 된 사람 2. 두 눈의 시력이 각각 0.02이하로 된 사람 3. 두 팔을 손목관절 이상의 부위에서 잃은 사람 4. 두 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람 5. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 수시로 간병을 받아야 하는 사람 6. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 수시로 간병을 받아야 하는 사람
3급	16,000만원	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.06이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람 4. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람 5. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
4급	14,000만원	<ol style="list-style-type: none"> 1. 두 눈의 시력이 각각 0.06이하로 된 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 3. 고막의 전부의 결손이나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 4. 한 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람 5. 한 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람 6. 두 손의 손가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 7. 두 발을 족근중족관절(리스포랑관절) 이상의 부위에서 잃은 사람
5급	12,000만원	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.1이하로 된 사람 2. 한 팔을 손목관절 이상의 부위에서 잃은 사람 3. 한 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람

등급	보상금액	신 체 장 해
		4. 한 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 5. 한 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람 6. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 7. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 8. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람
6급	10,000만원	1. 두 눈의 시력이 각각 0.1이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 3. 고막의 대부분의 결손이나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력이 모두 귀에 입을 대고 말하지 아니하면 큰 말소리를 알아듣지 못하는 사람 4. 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고, 다른 귀의 청력이 40센티미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 5. 척주에 극도의 기능장애나 고도의 기능장애가 남고 동시에 극도의 척추 신경근장애가 남은 사람 6. 한 팔의 3대 관절중의 2개 관절을 못쓰게 된 사람 7. 한 다리의 3대 관절중의 2개 관절을 못쓰게 된 사람 8. 한 손의 5개 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 잃은 사람
7급	8,000만원	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.6이하로 된 사람 2. 두 귀의 청력이 모두 40센티미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 3. 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고, 다른 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 4. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 손쉬운 일 외에는 하지 못하는 사람 5. 흉복부장기의 기능에 장애가 남아 손쉬운 일 외에는 하지 못하는 사람 6. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3개 이상의 손가락을 잃은 사람 7. 한 손의 5개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 발을 족근중족관절(리스프랑관절) 이상의 부위에서 잃은 사람 9. 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람 10. 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람 11. 두 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 12. 외모에 극도의 흉터가 남은 사람 13. 생식기의 기능을 완전히 상실한 사람 14. 척주에 극도의 기능장애나 고도의 기능장애가 남고 동시에 고도의

등급	보상금액	신 체 장 해
		척추 신경근장해가 남은 사람 또는 척주에 중등도의 기능장애나 극도의 변형장해가 남고 동시에 극도의 척추 신경근장해가 남은 사람
8급	6,000만원	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한 눈이 실명되거나 한 눈의 시력이 0.02이하로 된 사람 2. 척주에 극도의 기능장애가 남은 사람, 척주에 고도의 기능장애가 남고 동시에 중등도의 척추신경근 장해가 남은 사람, 척주에 중등도의 기능장애나 극도의 변형장해가 남고 동시에 고도의 척추 신경근장해가 남은 사람 또는 척주에 경미한 기능장애나 중등도의 변형장해가 남고 동시에 극도의 척추 신경근장해가 남은 사람 3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 4. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3개 이상의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 5. 한 다리가 5센티미터 이상 짧아진 사람 6. 한 팔의 3대 관절중 1개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 7. 한 다리의 3대 관절중 1개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 팔에 가관절이 남은 사람 9. 한 다리에 가관절이 남은 사람 10. 한 발의 발가락을 모두 잃은 사람 11. 비장 또는 한쪽의 신장을 잃은 사람
9급	4,500만원	<ol style="list-style-type: none"> 1. 두 눈의 시력이 각각 0.6이하로 된 사람 2. 한 눈의 시력이 0.06이하로 된 사람 3. 두 눈에 모두 반맹증·시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 4. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 5. 코가 결손되어 그 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 6. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 장애가 남은 사람 7. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서는 큰 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 8. 한 귀의 청력이 귀에 입을 대고 말하지 아니하면 큰 말소리를 알아듣지 못하고 다른 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 9. 한 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 10. 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3개의 손가락을 잃은 사람 11. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 한 발의 엄지발가락을 포함하여 2개 이상의 발가락을 잃은 사람 13. 한 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 14. 생식기에 뚜렷한 장애가 남은 사람

등급	보상금액	신 체 장 해
		15. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장애가 남아 종사할 수 있는 노무가 상당한 정도로 제한된 사람 16. 흉복부장기의 기능에 장애가 남아 종사할 수 있는 노무가 상당한 정도로 제한된 사람 17. 척주에 고도의 기능장애가 남은 사람, 척주에 중등도의 기능장애나 극도의 변형장애가 남고 동시에 중등도의 척추 신경근장애가 남은 사람, 척주에 경미한 기능장애나 중등도의 변형장애가 남고 동시에 고도의 척추 신경근장애가 남은 사람 또는 척주에 극도의 척추 신경근장애가 남은 사람 18. 외모에 고도의 흉터가 남은 사람
10급	3,750만원	1. 한 눈의 시력이 0.1이하로 된 사람 2. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 3. 코에 중증도의 결손이 남은 사람 4. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 장애가 남은 사람 5. 14개 이상의 치아에 대하여 치아보철을 한 사람 6. 한 귀의 청력이 귀에 입을 대고 말하지 아니하면 큰 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 7. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 8. 한 손의 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째 손가락외의 2개의 손가락을 잃은 사람 9. 한 손의 엄지손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 10. 한 다리가 3센티미터 이상 짧아진 사람 11. 한 발의 엄지발가락 또는 그 외의 4개의 발가락을 잃은 사람 12. 한 팔의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 13. 한 다리의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 14. 척주에 중등도의 기능장애가 남은 사람, 척주에 고도의 변형장애가 남은 사람, 척주에 경미한 기능장애나 중등도의 변형장애가 남고 동시에 중등도의 척추 신경근장애가 남은 사람 또는 척주에 고도의 척추 신경근 장애가 남은 사람
11급	3,000만원	1. 두 눈이 모두 안구의 조절기능에 뚜렷한 장애가 남거나 또는 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람 2. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람 3. 두 눈의 눈꺼풀의 일부가 결손된 사람 4. 한 귀의 청력이 40센티미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 5. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아

등급	보상금액	신 체 장 해
		<p>듣지 못하게 된 사람</p> <p>6. 두 귀의 귓바퀴에 고도의 결손이 남은 사람</p> <p>7. 척주에 경도의 기능장해가 남은 사람, 척주에 고도의 변형장해가 남은 사람, 척주에 경미한 기능장해나 중등도의 변형장해가 남고 동시에 경도의 척추 신경근장해가 남은 사람 또는 척주에 중등도의 척추 신경근장해가 남은 사람</p> <p>8. 한 손의 가운데 손가락 또는 넷째손가락을 잃은 사람</p> <p>9. 한 손의 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람</p> <p>10. 한 발의 엄지발가락을 포함하여 2개 이상의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람</p> <p>11. 흉복부장기의 기능에 장해가 남은 사람</p> <p>12. 10개 이상의 치아에 대하여 치아보철을 한 사람</p> <p>13. 외모에 중등도의 흉터가 남은 사람</p> <p>14. 두 팔의 노출된 면에 극도의 흉터가 남은 사람</p> <p>15. 두 다리의 노출된 면에 극도의 흉터가 남은 사람</p>
12급	2,500만원	<p>1. 한 눈의 안구의 조절기능에 뚜렷한 장해가 남거나 뚜렷한 운동기능 장해가 남은 사람</p> <p>2. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람</p> <p>3. 한 눈의 눈꺼풀의 일부가 결손된 사람</p> <p>4. 7개 이상의 치아에 대하여 치아보철을 한 사람</p> <p>5. 한 귀의 귓바퀴에 고도의 결손이 남은 사람 또는 두 귀의 귓바퀴에 중등도의 결손이 남은 사람</p> <p>6. 코에 경도의 결손이 남은 사람</p> <p>7. 코로 숨쉬기가 곤란하게 된 사람 또는 냄새를 맡지 못하게 된 사람</p> <p>8. 쇄골(빗장뼈)·흉골(가슴뼈)·늑골(갈비뼈)·견갑골(어깨뼈) 또는 골반골에 뚜렷한 변형이 남은 사람</p> <p>9. 한 팔의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 장해가 남은 사람</p> <p>10. 한 다리의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 장해가 남은 사람</p> <p>11. 장관골에 변형이 남은 사람</p> <p>12. 한 손의 가운데손가락 또는 넷째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람</p> <p>13. 한 발의 둘째발가락을 잃은 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 잃은 사람 또는 가운데발가락 이하의 3개의 발가락을 잃은 사람</p> <p>14. 한 발의 엄지발가락 또는 그 외의 4개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람</p> <p>15. 국부에 심한 신경증상이 남은 사람</p> <p>16. 척주에 경미한 기능장해가 남은 사람, 척주에 중등도의 변형장해가 남은 사람 또는 척주에 경도의 척추 신경근장해가 남은 사람</p>

등급	보상금액	신 체 장 해
		17. 두 팔의 노출된 면에 고도의 흉터가 남은 사람 18. 두 다리의 노출된 면에 고도의 흉터가 남은 사람
13급	2,000만원	1. 한 눈의 시력이 0.6이하로 된 사람 2. 한 눈에 반맹증 또는 시야협착이 남은 사람 3. 한 귀의 귓바퀴에 중등도의 결손이 남은 사람 또는 두 귀의 귓바퀴에 경도의 결손이 남은 사람 4. 5개 이상의 치아에 대하여 치아보철을 한 사람 5. 한 손의 새끼손가락을 잃은 사람 6. 한 손의 엄지손가락 뼈의 일부를 잃은 사람 7. 한 손의 둘째손가락 뼈의 일부를 잃은 사람 8. 한 손의 둘째손가락의 끝관절을 굽혔다 폈다 할 수 없게 된 사람 9. 한 다리가 1센티미터 이상 짧아진 사람 10. 한 발의 가운데발가락 이하의 1개 또는 2개의 발가락을 잃은 사람 11. 한 발의 둘째발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 가운데발가락 이하의 3개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 척주에 경도의 변형장해가 남은 사람 또는 척중의 수상 부위에 기질적 변화가 남은 사람 13. 외모에 경도의 흉터가 남은 사람 14. 두 팔의 노출된 면에 중등도의 흉터가 남은 사람 15. 두 다리의 노출된 면에 중등도의 흉터가 남은 사람
14급	1,250만원	1. 한 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 2. 한 귀의 귓바퀴에 경도의 결손이 남은 사람 3. 3개 이상의 치아에 치아보철을 한 사람 4. 두 팔의 노출된 면에 경도의 흉터가 남은 사람 5. 두 다리의 노출된 면에 경도의 흉터가 남은 사람 6. 한 손의 새끼손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 7. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락 뼈의 일부를 잃은 사람 8. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락 끝관절을 굽혔다 폈다 할 수 없게 된 사람 9. 한 발의 가운데발가락 이하의 1개 또는 2개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 10. 국부에 신경증상이 남은 사람 11. 척주에 경미한 변형장해가 남은 사람 또는 척추의 수상 부위에 비기질적 변화가 남은 사람
비 고		1. 시력의 측정은 국제식 시력표에 의하며, 굴절이상인 사람에 대하여는 원칙적으로 교정시력을 측정한다.

등급	보상금액	신 체 장 해
		<p>2. 손가락을 잃은 것이란 엄지손가락에 있어서는 지관절, 기타의 손가락에 있어서는 제1관절이상을 잃은 경우를 말한다.</p> <p>3. 손가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 손가락의 말단의 2분의 1이상을 잃거나 중수지관절 또는 제1지관절(엄지손가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동장애가 남은 경우를 말한다.</p> <p>4. 발가락을 잃은 것이란 발가락의 전부를 잃은 경우를 말한다.</p> <p>5. 발가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 엄지발가락에 있어서는 말절의 2분의 1이상, 기타의 발가락에 있어서는 끝관절이상을 잃은 경우 또는 중족지관절 또는 제1지관절(엄지발가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동장애가 남은 경우를 말한다.</p> <p>6. 흉터가 남은 것이란 성형수술을 하였어도 육안으로 식별이 가능한 흔적이 있는 상태를 말한다.</p> <p>7. 항상 간병을 받아야 하는 것은 일상생활에서 기본적인 음식섭취, 배뇨등을 타인에게 의존하여야 하는 것을 말한다.</p> <p>8. 수시로 간병을 받아야 하는 것은 일상생활에서 기본적인 음식섭취, 배뇨등은 가능하나 그외의 일을 타인에게 의존해야 하는 것을 말한다.</p> <p>9. 항상간병 또는 수시간병의 기간은 의사가 판정하는 노동능력상실 기간을 기준으로 하여 타당한 기간으로 한다.</p> <p>10. '제대로 못쓰게 된 것'이란 정상기능의 4분의 3이상을 상실한 경우를 말하고, 뚜렷한 장애가 남은 것이란 정상 기능의 2분의1 이상을 상실한 경우를 말하며, 장애가 남은 것이란 정상기능의 4분의 1이상을 상실한 경우를 말한다.</p> <p>11. '신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무 외에는 종사할 수 없는 것'이란 신경계통의 기능 또는 정신기능의 뚜렷한 장애로 노동능력이 일반인의 4분의 1 정도만 남아 평생 동안 특별히 쉬운 일 이외에는 노동을 할 수 없는 사람을 말한다.</p> <p>12. '신경계통의 기능 또는 정신기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 것'이란 노동능력이 어느정도 남아 있으나 신경계통의 기능 또는 정신기능의 장애로 종사할 수 있는 직종의 범위가 상당한 정도로 제한된 경우로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당되는 경우를 말한다.</p> <p>가. 신체적 능력은 정상이지만 뇌손상에 따른 정신적 결손능력이 인정되는 경우 나. 전간(癲癇) 발작과 현기증이 나타날 가능성이 의학적, 타각적(他覺的) 소견으로 증명되는 사람 다. 사지에 경도(經渡)의 단마비(단마비)가 인정되는 사람</p> <p>13. '흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무 외에는 종사할 수 없는 것'이란 흉복부 장기의 장애로 노동능력이 일반인의 4분의 1 정도만 남은 경우를 말한다.</p> <p>14. '흉복부 장기의 기능에 장애가 남아 손쉬운 노무 외에는 종사할 수 없는 것'이란 중등도의 흉복부 장기의 장애로 노동능력이 일반인의 2분의 1정도만 남은 경우를 말한다.</p> <p>15. '흉복부 장기의 기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 것'이란 중등도의 흉복부 장기의 장애로 취업가능한 직종의 범위가 상당한 정도로 제한된 경우를 말한</p>

등급	보상금액	신 체 장 해
<p>다.</p> <p>16. 장애등급의 기준에 해당하는 장애가 둘 이상 있는 경우에는 그 중 심한 장애에 해당하는 장애등급을 그 연구활동종사자의 장애등급으로 하되, 제13급 이상의 장애가 둘 이상 있는 경우에는 다음 각 목의 구분에 따라 조정된 장애등급을 그 연구활동종사자의 장애등급으로 한다. 다만, 조정의 결과 산술적으로 제1급을 초과하게 되는 경우에는 제1급을 그 연구활동종사자의 장애등급으로 하고, 그 장애의 정도가 조정된 등급에 규정된 다른 장애의 정도에 비하여 명백히 낮다고 인정되는 경우에는 조정된 등급보다 1개 등급 낮은 등급을 그 연구활동종사자의 장애등급으로 한다.</p> <p>가. 제5급 이상에 해당하는 장애가 둘 이상 있는 경우에는 3개 등급 상향 조정</p> <p>나. 제8급 이상에 해당하는 장애가 둘 이상 있는 경우에는 2개 등급 상향 조정</p> <p>다. 제13급 이상에 해당하는 장애가 둘 이상 있는 경우에는 1개 등급 상향 조정</p> <p>17. 상기 규정되지 아니한 장애가 있을 때에는 같은 표 중 그 장애와 비슷한 장애에 해당하는 장애등급으로 결정한다.</p>		

【 별표33 】

누적외상성질환(VDT증후군) 분류표

1. 약관에 규정하는 누적외상성질환(VDT증후군)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 근육장애	M60~M63
2. 윤활막 및 힘줄장애	M65~M68
3. 결합조직의 기타 전신침범	M35
4. 기타 연조직장애	M70~M79
5. 기타 관절연골장애, 인대장애	M24.1, M24.2
6. 관절통(증), 달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.5, M25.6
7. 경추상완증후군	M53.1
8. 팔의 단일 신경병증	G56

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표34 】

치과 관련 골절 분류표

1. 약관에 규정하는 치과 관련 골절로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류기호
1. 광대뼈 및 상악골의 골절	S02.4
2. 치근의 파절	S02.55
3. 치근을 포함한 치관의 파절	S02.56
4. 하악골의 골절	S02.6

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표35 】

1~5종 수술분류표 II

I. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25cm ² 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25cm ² 미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양(고름집)의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 (발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술 제외) (치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨) 의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것 제외)	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(머리뼈, cranium) 관혈수술 [비골(코뼈) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(위턱뼈) · 하악골(아래턱뼈) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(코뼈) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1
	8. 상악골(위턱뼈), 하악골(아래턱뼈), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(빗장뼈), 견갑골(어깨뼈), 늑골(갈비뼈), 흉골(가슴뼈) 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 수반하는것]	3
	13. 사지골(팔다리뼈), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(팔다리뼈), 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. 종격종양(縱隔腫瘍), 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(心臟內) 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 pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(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. 총수(蟲垂)절제술(총수염관련 총수주위 농양(고름집)수술, 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·생식 기계의 수술 (인공임신 중절수술 제외)	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(睪丸), 부고환(副睪丸), 정관(精管), 정삭(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 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
55. 질탈(膺脫)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 (약물주입술 제외)	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 포함)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(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 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	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, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(속귀) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 (검사, 처치, 약물주입요법 제외)	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) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2

	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강 경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)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 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술 보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술 보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

주1) 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'I. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술'항목의 적용을 받습니다.

주2) 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.

주3) 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.

- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.

- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

III. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목 수술종류	수술 종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사	3

[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]	
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

IV. 1~5종 수술분류표 II 사용 지침

1. (1) ‘수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 <1~5종 수술분류표 II>에 정한 행위를 하는 것을 말합니다.
- (2) (1)의 ‘수술’은 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 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.
- (3) (1)의 ‘수술’은 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 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. ‘근본(根本)’ 혹은 ‘근치(根治)’ 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. ‘관혈적 악성신생물 근치수술’이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <1~5종 수술분류표 II> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

: <1~5종 수술분류표 II>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 ‘수술’의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

 - (1) <1~5종 수술분류표 II> 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <1~5종 수술분류표 II> 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
 - (2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표 II> 중

‘일반질병 및 상해치료 목적의 수술’ 88항 (악성신생물의 경우는 ‘악성신생물 치료목적의 수술’ 2항)을 우선 적용합니다.

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

【 별표36 】

7대질병 분류표

1. 약관에 규정하는 7대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
심장질환	1. 급성 류마티스열	100~102
	2. 만성류마티스 심장질환	105~109
	3. 허혈성 심장질환	120~125
	4. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환	126~128
	5. 기타 형태의 심장병	130~152
	- 수막알균성 심근염(I41.0*)	A39.5†
	- 수막알균성 심내막염(I39.8*)	A39.5†
	- 수막알균성 심장막염(I32.0*)	A39.5†
	- 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5†
	- 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6†
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	160~169
간질환	1. 바이러스간염	B15 ~ B19
	2. 간의 질환	K70 ~ K77
	- 거대세포바이러스간염(K77.0*)	B25.1†
	- 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1†
고혈압	1. 본태성(원발성) 고혈압	I10
	2. 고혈압성 심장병	I11
	3. 고혈압성 신장병	I12
	4. 고혈압성 심장 및 신장질환	I13
	5. 이차성 고혈압	I15
	6. 고혈압성 뇌병증	I67.4
	7. 고혈압성 망막병증	H35.0
	- 단, 고혈압성 망막병증 이외의 배경망막병증 및 망막혈관변화는 제외	
당뇨병	1. 1형 당뇨병	E10

분 류 항 목		분류번호
	2. 2형 당뇨병	E11
	3. 영양실조-관련 당뇨병	E12
	4. 기타 명시된 당뇨병	E13
	5. 상세불명의 당뇨병	E14
	- 당뇨병성 단일신경병증	G59.0*
	- 당뇨병성 다발신경병증	G63.2*
	- 당뇨병성 백내장	H28.0*
	- 당뇨병성 망막병증	H36.0*
	- 당뇨병성 관절병증	M14.2*
	- 당뇨병에서의 사구체장애	N08.3*
만성 하부호흡기 질환	1. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	2. 단순성 및 점액화농성만성기관지염	J41
	3. 상세불명의 만성 기관지염	J42
	4. 천식	J45
	5. 천식지속상태	J46
위궤양 및 십이지장궤양	1. 위궤양	K25
	2. 십이지장궤양	K26
	3. 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27

주1) 당뇨병(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 한국표준질병·사인분류를 참고)

주2) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표37 】

21대질병 분류표

1. 약관에 규정하는 21대질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈성 심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	- 수막알균성 심근염(I41.0*)	A39.5†
	- 수막알균성 심내막염(I39.8*)	A39.5†
	- 수막알균성 심장막염(I32.0*)	A39.5†
- 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5†	
- 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6†	
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스간염(K77.0*)	B25.1†
	- 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1†
고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장질환	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증 - 단, 고혈압성 망막병증 이외의 배경망막병증 및 망막혈관변화는 제외	H35.0
당뇨병질환	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조-관련 당뇨병	E12
	기타 명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14

	- 당뇨병성 단일신경병증	G59.0*
	- 당뇨병성 다발신경병증	G63.2*
	- 당뇨병성 백내장	H28.0*
	- 당뇨병성 망막병증	H36.0*
	- 당뇨병성 관절병증	M14.2*
	- 당뇨병에서의 사구체장애	N08.3*
만성 하부호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성만성기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
신부전	신부전	N17~N19
녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
갑상선질환	갑상선의 장애	E00~E07
	갑상선이상성 안구돌출	H06.2
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
	방사선조사후 갑상선기능저하증	
수술후 갑상선기능저하증		
동맥경화증	죽상경화증	I70
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	수두폐렴	B01.2
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
	거대세포바이러스폐렴	B25.0
	폐 톡소포자충증	B58.3
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향균인병	A48.1

결핵	결핵	A15~A19
	- 결핵관절염(A18.01†)	M01.1*
	- 척추의 결핵(A18.00†)	M49.0*
	- 뼈의 결핵(A18.02†)	M90.0*
	- 결핵성 방광염(A18.11†)	N33.0*
	- 자궁경부의 결핵감염(A18.17†)	N74.0*
	- 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†)	N74.1*
	- 결핵성 복막염(A18.30†)	K67.3*
	- 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*)	K93.0*
	결핵의 후유증	B90
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
관절염	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발관절병증	M05~M14
	- 류마티스페질환(M05.1+)	J99.0*
	관절증	M15~M19
	기타 관절장애	M20~M25
생식기질환	남성생식기관의질환 (남성 불임 제외)	N40~N45, N47~N51
	- 편모충성 전립선염(N51.0)*	A59.08†
	- 불거리고환염(N51.1*)	B26.0†
	여성골반내기관의 염증성 질환	N70~N77
	여성 생식관의 비염증성 장애 (습관적 유산자 제외) (여성 불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외)	N80~N95
	달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99
담석증	담석증	K80
사타구니탈장	사타구니 탈장	K40
편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
축농증	만성 부비동염	J32
치핵 및 항문주위정맥혈전증	치핵 및 항문주위정맥혈전증 (치질 포함)	K64

	(합병된 출산 및 산후기(O87.2) 및 합병된 임신(O22.4) 제외)	
--	--	--

주1) 당뇨병질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음
(자세한 내용은 한국표준질병·사인분류를 참고)

주2) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표38 】

통풍대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 통풍으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
통풍	M10

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표39 】

대상포진대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 대상포진으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
대상포진	B02

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표40 】

대상포진눈병대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 대상포진눈병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
대상포진눈병	B02.3

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표41 】

독감 및 폐렴 분류표

1. 약관에 규정하는 독감 및 폐렴은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11
달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
상세불명 병원체의 폐렴	J18

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표42 】

결핵 분류표

1. 약관에 규정하는 결핵으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
2. 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
3. 신경계통의 결핵	A17
4. 기타 기관의 결핵	A18
[M01.1*: 결핵 관절염(A18.0+)]	M01.1*
[M49.0*: 척추의 결핵(A18.0+)]	M49.0*
[M90.0*: 뼈의 결핵(A18.0+)]	M90.0*
[N33.0*: 결핵성 방광염(A18.1+)]	N33.0*
[N74.0*: 자궁경부의 결핵감염(A18.1+)]	N74.0*
[N74.1*: 여성 결핵성 골반염증질환(A18.1+)]	N74.1*
[K67.3*: 결핵성 복막염(A18.3+)]	K67.3*
[K93.0*: 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3+)]	K93.0*
5. 좁쌀 결핵	A19
6. 다약제내성 결핵 ^{주1)}	U84.30
7. 광범위약제내성 결핵 ^{주2)}	U84.31

주1) 이소니아지드와 리팜핀을 포함하는 2개 이상의 항결핵 약제에 내성이 있는 결핵균에 의해 발생한 결핵

주2) 이소니아지드와 리팜핀에 내성이고 한가지 이상의 퀴놀론계 약제와 3가지 주사제(카프레오마이신, 카나마이신, 아미카신) 중 한가지 이상의 약제에 내성을 보이는 결핵

주3) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표43 】

약제내성결핵(슈퍼결핵포함) 분류표

1. 약관에 규정하는 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 다약제내성 결핵 ^{주1)}	U84.30
2. 광범위약제내성 결핵 ^{주2)}	U84.31

주1) 이소니아지드와 리팜핀을 포함하는 2개 이상의 항결핵 약제에 내성이 있는 결핵균에 의해 발생한 결핵

주2) 이소니아지드와 리팜핀에 내성이고 한가지 이상의 퀴놀론계 약제와 3가지 주사제(카프레오마이신, 카나마이신, 아미카신) 중 한가지 이상의 약제에 내성을 보이는 결핵

주3) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표44 】

간경변증대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 간경변증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
알코올성 간성유증 및 간의 경화증	K70.2
알코올성 간경변증	K70.3
간의 섬유증 및 경변증을 동반한 독성간질환	K71.7
간의 섬유증 및 경변증	K74
간의 만성 수동울혈	K76.1

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표45 】

다발경화증대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 다발경화증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
다발경화증	G35

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표46 】

자동차사고 부상등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상 보장법 시행령 제3조 제1항 제2호와 관련되며 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

상해 급별	상해내용
1급	<ol style="list-style-type: none"> 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 연부 조직을 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	<ol style="list-style-type: none"> 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. 척추 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)

	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 지혈 수술 등을 시행한 상해 8. 척추 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	<ul style="list-style-type: none"> 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

	<p>포함한다)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 위관절용기 또는 위팔뼈 먼쪽 부위 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 작은 머리 골절에 적용한다)로 수술을 시행한 상해 11. 노뼈 먼쪽 부위 골절과 자뼈머리 탈구가 동반된 상해(갈레아지 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 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해 15. 손목뼈 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 손가락의 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 분리로 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 안와 골절에 의한 겹보임[복시(複視)]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 상부관절와손 파열로 수술을 시행한 상해

	<ol style="list-style-type: none"> 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 3개 이상 5개 이하의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상해 31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	<ol style="list-style-type: none"> 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

	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 위관절염기 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

	<p>25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해</p> <p>26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해</p>
9급	<p>1. 얼굴 부위의 코뼈 골절로 수술을 시행한 상해</p> <p>2. 2개 이하의 단순 갈비뼈 골절</p> <p>3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해</p> <p>4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해</p> <p>5. 복장뼈(흉골) 골절</p> <p>6. 추간판 탈출증</p> <p>7. 흉쇄관절 탈구</p> <p>8. 팔꿈치관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>9. 노손목관절 탈구(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>10. 손가락뼈 골절로 수술을 시행한 상해</p> <p>11. 손가락관절 탈구</p> <p>12. 무릎관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>13. 2개 이하의 발허리뼈 골절로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>14. 발가락뼈 골절 또는 발가락관절 탈구로 수술을 시행한 상해</p> <p>15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절</p> <p>16. 아킬레스건, 무릎인대, 넓적다리 사두건 또는 넓적다리 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>17. 손가락·발가락 평근힘줄 1개의 파열로 힘줄 봉합술을 시행한 상해</p> <p>18. 팔다리의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해</p> <p>19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해</p> <p>20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해</p>
10급	<p>1. 3cm 이상 얼굴 부위 찢김상처(열상)</p> <p>2. 안검과 누소관 찢김상처로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해</p> <p>3. 각막, 공막 등의 찢김상처로 일차 봉합술만 시행한 상해</p> <p>4. 어깨관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>5. 외상성 상부관절와손 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>6. 손발가락관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>7. 다리 3대 관절의 혈관절증</p> <p>8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해</p> <p>10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해</p>
11급	<p>1. 뇌진탕</p> <p>2. 얼굴 부위의 코뼈 골절로 수술을 시행하지 않는 상해</p> <p>3. 손가락뼈 골절 또는 손가락관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>4. 발가락뼈 골절 또는 발가락관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해</p> <p>6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해</p>
12급	<p>1. 외상 후 급성 스트레스 장애</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 2. 3cm 미만 얼굴 부위 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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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

※ 영역별 세부 판정기준에 관해서는 자동차손해배상 보장법 시행령 [별표1]의 영역별 세부지침을 따릅니다.

【 별표47 】

유독성 물질에 의한 불의의 중독 및 노출 분류표

1. 약관에 규정하는 유독성 물질에 의한 불의의 중독 및 노출로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
비아편유사진통제, 해열제 및 항류마티스제에 의한 불의의 중독 및 노출	X40
달리 분류되지 않은 항뇌전증제, 진정제-취면제, 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
살충제에 의한 불의의 중독 및 노출	X48
기타 및 상세불명의 화학물 및 독성 물질에 의한 불의의 중독 및 노출	X49

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표48 】

온열질환분류표

1. 약관에 규정하는 온열질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
열사병 및 일사병	T67.0
열실신	T67.1
열경련	T67.2
탈수성 열탈진	T67.3
염분상실에 의한 열탈진	T67.4
상세불명의 열탈진	T67.5
일과성 열피로	T67.6
열성 부종	T67.7
열 및 빛의 기타 영향	T67.8
열 및 빛의 상세불명의 영향	T67.9

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표49 】

만성당뇨합병증대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 만성당뇨합병증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

구분	대 상 질 병	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

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표50 】

1~7종 수술분류표

<보장대상 수술코드 및 수술종류>

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
1.간 이식	간 이식	A010	7
2.폐 이식	폐 이식	A020	7
3.심장 이식	심장 이식	A030	7
4.췌장 이식	췌장 이식	A040	7
5.소장 이식	소장 이식	A050	7
6.조혈모세포 이식	조혈모세포 이식, 동종이식	A061	7
	조혈모세포 이식, 자가이식	A062	7
7.신장 이식	신장 이식	A070	7
8.체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술미동반	체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080	5
8.기관절개술	기관절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기장기사용	A091	1
	기관절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기단기사용	A092	1
	기관절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기미사용	A093	1
	기관절개술(안면, 구강, 경부 장애제외), 인공호흡기장기사용	A094	1
	기관절개술(안면, 구강, 경부 장애제외), 인공호흡기단기사용	A095	1
	기관절개술(안면, 구강, 경부 장애제외), 인공호흡기미사용	A096	1
10.사지 이식	사지 이식	A100	7
11.뇌동맥류수술	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011	7
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012	7
	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013	7
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014	7
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015	5
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016	5
	뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017	7
	뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 미동반)	B018	5
12.뇌혈관수술	두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021	7
	두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022	7
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B023	5
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B024	5
	경피적 뇌혈관 수술(협착·폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025	5
	경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026	5
	경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027	5
13.혈중제거술 및 기타 개두술(외상 제외)	혈중제거술(외상 제외)	B031	7
	두개내 감압술(외상 제외)	B032	7
	두개골 성형술(외상 제외)	B033	7

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
14. 두개외 혈관수술	두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041	4
	두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042	4
	경피적 두개외 혈관수술	B043	4
15. 뇌기저부 수술	뇌기저부 수술	B050	7
16. 뇌종양 절제술	복잡 천막상부 종양절제술	B061	7
	단순 천막상부 종양절제술	B062	7
	복잡 천막하부 종양절제술	B063	7
	단순 천막하부 종양절제술	B064	7
	경피적 뇌신경계 종양 수술	B065	5
	경비적 뇌하수체 종양절제술	B066	7
17. 신경계 신경자극기 설치술	신경계 신경자극기 설치술	B070	6
18. 뇌전증 수술	뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081	6
	뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082	6
19. 정위수술	중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091	5
	중추신경계 정위수술(두개내 출혈)	B092	5
	뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093	5
	뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094	5
	뇌정위 방사선 수술(기타)	B095	5
	중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096	5
20. 뇌신경 수술	뇌신경 수술	B100	5
21. 뇌척수액 우회로조성술	뇌척수액 우회로조성술	B110	4
22. 외상 개두술	혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121	6
	혈종제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122	6
	혈종제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123	6
	두 개내 감압술(외상 관련)	B124	7
	두개골 성형술(외상 관련)	B125	7
23. 기타 개두술	기타 개두술	B130	6
24. 천두술	천두술(경막하 또는 경막외)	B141	4
	천두술(뇌내)	B142	4
	천두술(기타)	B143	4
25. 척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	B151	5
	척수강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152	5
	척수강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153	5
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154	5
26. 척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	B161	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163	5
27. 기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	B171	4
	척추고정술(척수병증 미동반)	B172	4
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173	2
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174	2
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175	1
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176	1
28. 척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181	1
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
29.신경조절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191	3
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192	1
30.기타 신경계수술	주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201	1
	기타 말초 및 뇌 신경수술	B202	1
	수근관 이완술	B203	1
	기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204	1
	기타 신경계 수술	B205	1
31.복잡 척추수술	복잡 척추고정술	B211	4
	복잡 척추후궁절제술	B212	2
32.안부 관통상 수술	복잡 안부 관통상 수술	C011	1
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012	1
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013	1
	후안부 관통상 수술	C014	1
33.안와 수술	복잡 안와 수술, 한쪽	C021	2
	복잡 안와 수술, 양쪽	C022	2
	단순 안와 수술	C023	2
34.안구 수술 (종양 수술 포함)	안구 수술(종양 수술 포함)	C030	2
35.망막 및 유리체 수술	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046	2
36.안구 표면재건술	주요 각막이식수술	C051	2
	기타 각막이식수술	C052	2
	공막 및 각막윤부이식수술	C053	2
37.수정체 소절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061	1
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062	1
	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063	1
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064	1
38.수정체 대절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071	1
	기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072	1
	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073	1
39.후발성 백내장 수술	후발성 백내장 수술	C080	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
40.녹내장 수술	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091	2
	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092	2
	단순 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C093	2
	단순 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C094	2
41.기타 안구내 수술	기타 주요 안구내 수술	C101	1
	기타 단순 안구내 수술	C102	1
42.사시 수술	복잡 사시 수술	C111	1
	단순 사시 수술	C112	1
43.안검 수술	복잡 안검 수술, 제1형	C121	1
	복잡 안검 수술, 제2형	C122	1
	복잡 안검 수술, 제3형	C123	1
	주요 안검 수술, 제1형	C124	1
	주요 안검 수술, 제2형	C125	1
	주요 안검 수술, 제3형	C126	1
	기타 안검 수술	C127	1
44.눈물길 수술	복잡 눈물길 수술	C131	1
	주요 눈물길 수술, 한쪽	C132	1
	주요 눈물길 수술, 양쪽	C133	1
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135	1
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136	1
45.결막 수술	결막낭 재건술	C141	1
	복잡 결막 수술	C142	1
	단순 결막 수술	C143	1
46.기타 안구외수술	기타 안구외 수술	C150	1
47.내이 수술	귀 이식술	D011	5
	주요 내이 수술	D012	3
	단순 내이 수술	D013	2
48.중이 및 유양돌기 수술	고실유양돌기 수술	D021	2
	유양돌기 수술	D022	2
	고실 수술	D023	2
	이소골 재건술	D024	2
	등골 수술	D025	2
	환기관삽입 고막절개술	D026	2
49.외이 및 귀 수술	주요 외이 및 귀 수술	D031	1
	단순 외이 및 귀 수술	D032	1
50.귀 및 코의 악성종양 수술	귀 및 두 개저 악성종양 수술	D041	6
	비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042	6
51.부비동개방 수술	부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051	1
	부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052	1
	부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053	1
	부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054	1
52.내시경을 이용한 부비동 수술	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065	1
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067	1
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
53.코 수술	주요 코 수술	D081	1
	비중격 및 비갑개수술	D082	1
	단순 코 수술	D083	1
54.구강 및 타액선 악성종양 수술	구강 및 타액선 악성종양 수술	D090	6
55.후두 및 인두 악성종양 수술	주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체포함)	D101	6
	단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102	6
56.경부림프절 절제술	경부림프절절제술, 한쪽	D111	4
	경부림프절절제술, 양쪽	D112	4
57.안면골 수술	악관절 수술	D121	2
	주요 안면골 수술	D122	2
	단순 안면골 수술	D123	2
58.두경부 재건술	두경부 재건술	D130	2
59.타액선 수술	이하선수술	D141	2
	악하선 및 설하선 수술	D142	2
	기타 타액선 수술	D143	1
	타석제거술	D144	1
60.경부 수술	경부 수술	D150	1
61.편도 및 아데노이드 수술	주요 편도 및 아데노이드 수술	D161	1
	단순 편도 및 아데노이드 수술	D162	1
62.구강,인후두 수술	주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171	1
	단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172	1
63.기타 이비인후, 구강 질환 수술	기타 이비인후, 구강 질환 수술	D200	1
64.주요 흉부 수술	기관 및 기관지 수술	E011	6
	주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012	6
	주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013	6
	기타 폐 수술	E014	6
	종격동 수술	E015	6
	주요 흉곽 수술	E016	6
	기타 흉곽 수술	E017	3
	흉강경을 이용한 주요 수술	E018	6
흉강경을 이용한 기타 수술	E019	6	
65.기관지경 및 방사선하 수술	기관지경 및 방사선하 수술	E020	2
66.기타 호흡기계 수술	수면무호흡증후군 수술	E032	1
	호흡기계 기타 단순 수술	E033	1
	기타 호흡기계 수술	E034	1
67.폐농양 배액술	폐농양 배액술	E520	1
68.흉막삼출 배액술	흉막삼출 배액술	E530	1
69.자동체내제세동기 시술	자동체내제세동기 설치술 또는 제거술	F011	5
	자동체내제세동기 교정술	F012	5
70.심장판막 수술 (심도자술 사용)	대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021	7
	승모판 혹은 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022	7
	폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023	7
71.심장판막 수술 (심도자술 미사용)	대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031	7
	승모판 혹은 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032	7
	폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033	7

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
72.관상동맥 우회로 조성술	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044	7
73.기타 심흉부수술	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053	6
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054	5
74.주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062	7
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063	7
75.주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 미사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072	7
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073	6
76.대동맥 경피적 수술	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081	4
	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082	4
	흉부대동맥류 경피적 수술	F083	4
	대동맥박리 경피적 수술	F084	4
77.정맥 및 대정맥 경피적 수술	심부정맥혈전증 경피적 수술	F091	4
	대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092	4
78.경도관 심장결손 폐쇄술	경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101	4
	경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102	4
	기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103	4
79.급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112	4
80.급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 미동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122	4
81.급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
82.부정맥의 경피적 수술 (3차원 지도화 기능 포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F141	4
	심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F142	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F143	4
83.부정맥의 경피적 수술 (3차원 지도화 기능 미포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F151	4
	심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F152	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F153	4
84.경피적 풍선판막성형술	경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161	4
	경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162	4
85.혈관 기형의 경피적 수술	동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181	4
	관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182	4
86.말초동맥의 경피적 수술	말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192	4
	말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193	4
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술(여러 개)	F194	4
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술(한 개)	F195	4
87.기타 경피적 심혈관 수술	기타 경피적 심혈관 수술	F200	4
88.체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	영구적 심박조율기 설치술	F211	5
	영구적 심박조율기 교환술	F212	5
	심박조율기 제거 및 전환술	F213	1
89.기타 혈관 복구 수술	기타 혈관 복구 수술	F220	2
90.순환장애 절단술 (수족부 제외)	순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230	6
91.순환장애 수족부 절단술	순환 장애 수족부 절단술	F240	3
92.정맥 결찰 및 스트리핑	정맥류 국소 절제술	F252	1
	정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253	1
	정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254	1
93.기타 순환기계 수술	기타 순환기계 수술	F260	1
94.식도 수술	식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011	6
	기타 주요 식도 수술	G012	5
	기타 단순 식도 수술	G013	4
95.직장절제술 (림프절절제동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021	6
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022	6
96.직장절제술 (림프절절제미동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031	6
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032	6
97.경향문 및 경천골 접근직장절제술	경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041	6
	경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042	6
98.주요 십이지장 수술	주요 십이지장 수술	G050	6
99.식도 정맥류 수술	식도 정맥류 수술	G060	5
100.위전절제술	복강경을 이용한 위전절제술	G071	6
	개복에 의한 위전절제술	G072	6
101.위아전절제술	복강경을 이용한 위아전절제술	G081	6
	개복에 의한 위아전절제술	G082	6

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
102.기타 위절제술	복강경을 이용한 기타 위절제술	G091	5
	개복에 의한 기타 위절제술	G092	5
	복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093	5
	개복에 의한 기타 설상절제술	G094	5
103.소화성 궤양 수술	복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101	4
	개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102	4
104.기타 위 및 식도 수술	복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111	4
	개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112	4
105.결장 및 직장전 절제술	복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121	6
	개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122	6
106.결장절제술 (림프절절제 동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131	6
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132	6
107.결장절제술 (림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141	5
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142	5
108.기타 대장 수술	복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151	4
	개복에 의한 기타 대장 수술	G152	4
109.소장 및 장간막 수술	복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171	5
	개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172	5
	장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173	3
110.장루 수술	장루 수술	G180	3
111.횡격막 탈장 수술	횡격막 탈장 수술	G190	4
112.탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G202	1
	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204	1
113.총수절제술	복강경을 이용한 총수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211	3
	복강경을 이용한 총수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212	3
	개복에 의한 총수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213	3
	개복에 의한 총수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214	3
114.재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221	1
	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224	1
115.서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230	1
116.복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반)	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241	1
	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
117.개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반)	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253	1
118.복수 항문 수술	복수 항문 수술	G260	1
119.치핵 수술	주요 치핵 수술	G271	1
	단순 치핵 수술	G272	1
120.항문 주위 농양 수술	주요 항문 주위 농양 수술	G281	1
	단순 항문 주위 농양 수술	G282	1
121.치루 수술	주요 치루 수술	G291	1
	단순 치루 수술	G292	1
122.치열 수술 및 항문협착증 수술	치열 수술 및 항문협착증 수술	G300	1
123.경향문 및 질접근 수술	직장 질루 수술	G311	1
	직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312	1
124.화농성한선염 수술	화농성한선염 수술	G320	1
125.기타 소화기계 수술	기타 소화기계 수술	G332	1
126.소화기계 질환의 혈관색전술	소화기계 질환의 혈관색전술	G340	3
127.위내시경 시술	위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503	1
	위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504	1
	위내시경 시술, 당일퇴원	G505	1
128.결장경 시술	결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523	1
	결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524	1
	결장경 시술, 당일퇴원	G525	1
129.구불결장경 시술	구불결장경 시술	G531	1
	구불결장경 시술, 당일퇴원	G532	1
130.소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	G540	1
131.소장내시경 시술	소장내시경 시술	G550	1
132.소화관 협착을 위한 방사선하 시술	소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560	2
133.소화기계 질환의 경피적 배액술	소화기계 질환의 경피적 배액술	G570	2
134.간담도체장 복합수술	간담도체장 복합수술	H010	6
135.간담도 복합수술	주요 간담도 복합수술	H021	6
	기타 간담도 복합수술	H022	5
136.담도체장 복합수술	담도체장 복합수술	H030	6
137.간 절제술	복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041	6
	개복에 의한 주요 간 절제술	H042	6
	복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043	5
	개복에 의한 기타 간 절제술	H044	5
138.간 수술	복강경을 이용한 간 수술	H051	4
	개복에 의한 간 수술	H052	4
139.간담도계 질환 치료를 위한 단락술	간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
140.담도 절제술 (림프절 절제 동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071	6
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072	6
141.담도 절제술 (림프절 절제 미동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081	5
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082	5
142.주요 담도 수술	복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091	5
	개복에 의한 주요 담도 수술	H092	5
143.담낭절제술	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105	4
	개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108	4
144.췌장절제술	복강경을 이용한 췌장절제술	H111	6
	개복에 의한 췌장절제술	H112	6
145.췌장 수술	복강경을 이용한 췌장 수술	H121	4
	개복에 의한 췌장 수술	H122	4
146.기타 간담도 및 췌장 시술	역행성담체관내시경 시술	H142	3
	담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143	1
	기타 간담도 및 췌장 수술	H144	3
	경피적 담관경 시술	H145	3
	경피적 담관 시술	H146	3
147.간담도 및 췌장의 경피적 시술	경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152	3
	담도협착을 위한 경피적 시술	H154	3
	담석제거를 위한 경피적 시술	H155	3
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156	5
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157	5
148.출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500	1
149.간암의 경피적 치료술	간암의 경피적 치료술	H510	5
150.간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520	3
151.양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011	4
	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012	3
152.고관절 재치환술 및 치환술	고관절 전재치환술	I021	4
	고관절 전치환술	I022	4
	고관절 부분치환술	I023	4
153.슬관절 재치환술 및 치환술	슬관절 전재치환술	I031	3
	슬관절 전치환술	I032	3
	슬관절 부분치환술	I033	3

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
154.기타 관절 재치환술 및 치환술	기타 관절 전재치환술	I041	2
	기타 관절 전치환술	I042	2
	기타 관절 부분치환술	I043	2
	인공관절삽입술 제거술	I044	2
155.혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050	4
156.척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	I061	5
	척수강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062	5
	척수강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063	5
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064	5
157.척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	I071	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073	5
158.기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	I081	4
	척추고정술(척수병증 미동반)	I082	4
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083	2
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084	2
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085	1
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086	1
159.척추 중재	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091	1
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092	1
160.신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101	3
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102	1
161.절단술	주요 절단술	I111	6
	기타 절단술	I112	3
162.골종양의 절제술	골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121	6
	골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122	6
	골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123	6
	골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124	2
163.골수염 및 농양 수술	골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131	2
	골수염 및 농양 수술(기타)	I132	1
	근농양 배농술	I133	1
164.고관절 및 대퇴부 수술	양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141	3
	한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142	2
165.상완골, 경골 및 비골 수술	상완골, 경골 및 비골 수술	I160	2
166.단단성형술	단단성형술(수족지 제외)	I171	2
	단단성형술(수족지)	I172	2
167.견부 수술	회전근개 수술	I181	1
	관절와순 수술	I182	1
	복수 진단 견부 수술	I183	1
	기타 견부 수술	I184	1
168.슬부 수술	십자인대 수술	I191	1
	반달연골 수술, 양쪽	I192	1
	반달연골 수술, 한쪽	I193	1
	기타 슬관절 수술	I194	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
169.주관절 및 전완부 수술	주관절 및 전완부 수술	I200	1
170.족부 및 족관절 수술	족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211	1
	족관절 골연골 병변 수술	I212	1
	기타족부 및 족관절 수술	I213	1
171.체내고정장치 제거술	체내고정장치 제거술	I220	1
172.완관절 및 수부 수술	주요 완관절 및 수부 수술	I251	1
	단순 완관절 및 수부 수술	I252	1
173.미세혈관 조직이식 또는 피부이식	미세혈관 조직이식	I261	3
	기타 피판술	I262	2
	피부 및 지방 이식술	I263	2
174.연조직 수술	복잡한 연조직 수술	I271	1
	주요 연조직 수술	I272	1
	단순 연조직 수술	I273	1
175.기타 골절 수술	골반 및 비구 골절 수술	I281	3
	대퇴부 골절 수술	I282	3
	슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283	3
	족관절 및 족부 골절 수술	I284	2
	견부 및 상완골 골절 수술	I285	3
	전완부 골절 수술	I286	2
	수부 골절 수술	I287	1
176.기타 결합조직 수술	기타 결합조직 수술	I290	1
177.복잡 인공관절치환술	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301	4
	복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303	2
	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305	2
	복잡 인공관절부분치환술	I306	3
178.복잡 척추수술	복잡 척추고정술	I311	4
	복잡 후궁절제술	I312	2
179.복잡 관절 수술	복잡 사지골절정복술	I321	2
	복잡 관절고정술	I322	2
	복잡 사지관절절제술	I323	1
	복잡 가관절수술	I324	2
	복잡 반월판연골절제술	I325	1
180.복잡 근골격계 염증성 질환 수술	복잡 화농성관절염절개술	I331	1
	복잡 골수염 및 농양수술	I332	1
181.근골격계 질환의 경피적 배액술	근골격계 질환의 경피적 배액술	I500	1
182.피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010	3
183.피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염의 경우)	피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021	2
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022	2
184.피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염 제외)	피판술(피부궤양, 봉소염제외)	J031	2
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032	2

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
185.기타 피부, 피하조직수술	피부 및 연조직 악성종양 절제술	J041	4
	피부 및 연조직 수술	J042	1
	기타 피부, 피하조직수술	J043	1
186.유방재건술	자가조직을 이용한 유방재건술	J051	3
	보형물을 이용한 유방재건술	J052	3
187.주요 유방 수술	근치 유방절제술	J061	6
	유방절제술(악성종양의 경우)	J062	6
	유방절제술(악성종양 제외)	J063	2
188.단순 유방 수술	진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071	1
	절개에 의한 단순 유방 수술	J072	1
189.액와 수술	액와 수술(악성종양의 경우)	J081	4
	액와 수술(악성종양 제외)	J082	1
190.기타 유방 및 액와 수술	기타 유방 및 액와 수술	J090	1
191.항문 주위 및 모소 수술	항문 주위 및 모소 수술	J100	1
	교감신경절제술	J110	2
192.내분비, 영양 및 대사장애 절단술	내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011	6
	내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012	3
193.뇌하수체 수술	천막상부 종양 절제술	K021	7
	복잡 경비적 뇌하수체 종양 절제술	K023	7
	단순 경비적 뇌하수체 종양 절제술	K024	7
194.부신 수술	복강경을 이용한 부신 수술	K031	4
	개복에 의한 부신 수술	K032	4
195.내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041	2
	내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042	2
	내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043	2
196.부갑상선 수술	내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051	2
	절개에 의한 부갑상선 수술	K052	2
197.주요 갑상선 악성 종양 수술	주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063	4
	주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064	4
198.주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075	2
	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076	2
199.기타 갑상선 수술	기타 갑상선 수술	K080	1
200.기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	복강경을 이용한 비만대사수술	K091	1
	개복에 의한 비만대사수술	K092	1
	기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490	1
201.복막투석 도관 삽입술	복막투석 도관 삽입술	L010	2
202.신장 및 비뇨기계 신생물 수술	주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021	6
	기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022	6
	주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023	6
	기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024	5
	경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025	4
	전립선 신생물 수술	L026	4
	복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027	6
203.신장 및 신우 수술	복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031	4
	개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032	4
	경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033	3
	경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034	3
204.요관 수술	요관 수술	L040	2

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
205.방광 수술	개복에 의한 방광 수술	L051	4
	경피적 방광 수술	L052	2
	경요도 방광 수술	L053	1
206.전립선 수술	전립선 수술	L060	2
207.요도 수술	주요 요도 수술	L071	1
	요도경하 요도 수술	L072	1
	기타 요도 수술	L073	1
	복잡 요실금 수술	L074	1
	단순 요실금 수술	L075	1
208.요로 결석 수술	복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081	4
	신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082	4
	경요도적 요관 결석 수술	L083	2
	방광 및 요도 결석 수술	L084	4
	연성내시경하 수술	L085	2
209.요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091	1
	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092	1
210.신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101	3
	신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102	1
211.요로 질환 수술	경요도 요로 질환 수술	L111	1
	외상 및 감염성 요로 질환수술	L112	1
212.기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120	2
213.기타 신장 및 비뇨기계 시술	혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133	2
	기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134	1
214.방광요도경 시술	방광요도경 시술	L510	1
215.신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520	1
216.신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530	1
217.남성 골반 수술	남성 골반 수술	M010	1
218.전립선 적출술	주요 전립선 적출술	M021	4
	기타 전립선 적출술	M022	3
219.기타 전립선 수술	기타 전립선 수술	M030	1
220.음경 수술	복잡 음경 수술	M041	1
	단순 음경 수술	M042	1
	페이로니 병 수술	M043	1
221.포경수술	포경수술	M050	1
222.요도 수술	주요 요도 수술	M061	1
	단순 요도 수술	M062	1
223.음낭 수술	복잡 음낭 수술	M071	1
	단순 음낭 수술	M072	1
224.고환 수술	복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081	4
	개복에 의한 복잡 고환 수술	M082	4
	단순 고환 수술	M083	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
225.기타 고환 수술 및 생식기 적출술	복강경을 이용한 정계정맥류	M091	4
	개복에 의한 정계정맥류	M092	4
	고환 및 생식기 적출술	M093	6
226.기타 남성생식기계 시술	기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101	4
	기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102	1
227.방광요도경 시술	방광요도경 시술	M500	1
228.자궁 수술 (악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011	6
	개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012	6
229.주요 자궁절제술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021	2
	개복에 의한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N022	2
230.단순 자궁 수술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031	2
	개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032	2
231.난소 및 부속기 수술 (악성종양의 경우)	복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041	6
	개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042	6
232.난소 수술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051	2
	개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052	2
233.부속기 수술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061	2
	개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062	2
234.자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071	5
	개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072	5
235.자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081	1
	자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082	1
236.기타 골반 수술	복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091	1
	개복에 의한 기타 골반 수술	N092	1
237.주요 여성생식기계 복원술	복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101	1
	개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102	1
238.기타 여성생식기계 복원술	기타 여성생식기계 복원술	N110	1
239.복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 수술	N121	1
240.자궁경 수술	자궁경 수술	N130	1
241.자궁소파술	치료적 자궁소파술	N141	1
242.기타 여성생식기계 수술	복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161	1
	개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162	1
243.여성생식기계 경피적 혈관 수술	여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180	2
244.제왕절개분만(단태아)	일반 제왕절개분만(단태아)	O011	1
	고위험 제왕절개분만(단태아)	O012	1
	질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013	1
245.제왕절개분만(다태아)	질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022	1
	일반 제왕절개분만(다태아)	O023	1
	고위험 제왕절개분만(다태아)	O024	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
246.자궁외 임신 주요 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081	4
	개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082	4
247.자궁외 임신 기타 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091	4
	개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092	4
248.자궁경관봉축술	치료적 자궁경관봉축술	O102	1
249.분만 및 유산 후 관련 장애(수술 시행)	분만 및 유산후 관련 장애(수술 시행)	O110	1
250.자궁소파술 및 흡인소파술	자궁소파술 및 흡인소파술	O120	1
251.분만 및 유산 관련 자궁적출술	분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130	2
252.비장 절제술	성인의복강경을이용한비장절제술	Q012	4
	성인의개복에의한비장절제술	Q013	4
253.림프종 및 백혈병 (주요 수술 시행)	림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010	4
254.기타 신생물 질환 (주요 수술 시행)	기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020	4
255.다발성 중요 외상 치료 목적의 개두술	다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010	7
256.다발성 중요 외상 치료 목적의 근골격계 주요 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 시술	W020	5
257.다발성 중요 외상 치료 목적의 복부 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030	5
258.다발성 중요 외상 치료 목적의 기타 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040	4
259.하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011	3
	하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012	2
260.수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021	3
	수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022	2
261.기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030	3
262.하지 손상의 기타 수술	하지 손상의 골 및 관절 수술	X041	2
	하지 손상의 기타 수술	X042	1
263.수부 손상의 기타 수술	수부 손상의 골 및 관절 수술	X051	2
	수부 손상의 기타 수술	X052	1
264.기타 손상의 수술	기타 손상의 수술	X060	1
265.중증 화상 (피부 이식 동반)	중증 화상(피부 이식 동반)	Y010	5
266.중등도 화상 (피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020	2

주1) 상기의 「수술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 「진단명기준환자군 (Diagnosis Related Group, DRG)」분류체계 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」

중 회사가 정한 코드를 말합니다.

주2) 이 특별약관은 「진단명기준환자군(DRG)」에서 분류된 「ADRG」 중 다음의 「ADRG」는 보장하지 않습니다.

① 「ADRG」에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60”~“99”에 해당하는 경우
(예시) 「ADRG」가 “B601”의 경우 첫번째 자리[알파벳(B)]을 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60”이므로 이 보장하지 않습니다.

② 「진단명기준환자군(DRG)」에서 규정한 “Error DRG” 및 “960 DRG”

- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ “Error DRG”이라 함은 “주진단 범주(MDC)”와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

【예시】

거미막하출혈로 진단받고 경피적심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

- “960 DRG”이라 함은 “Error DRG”는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다. 다만, 통원일 또는 퇴원일을 기준으로 진료비 세부 내역서 등에서 확인되는 「수술코드」는 보장합니다.

③ <보장대상 수술코드 및 수술종류>에서 정한 수술에 해당하지 않는 사항

※ 이 특별약관에서 수술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전4.4(2021.1.1 시행)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-72호, 2021.3.4.)에서 정의된 수가코드 및 제8차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG 코드 및 수가코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG 코드 및 수가코드, 분류번호에 준하여 수술코드 및 ADRG를 결정합니다.

【 별표51 】

특정전염병 분류표

1. 약관에 규정하는 특정전염병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
콜레라	A00
장티푸스	A01.0
파라티푸스	A01.1 ~ A01.4
상세불명의 시겔라증	A03.9
장출혈성대장균감염	A04.3
페스트	A20
파상풍	A33 ~ A35
디프테리아	A36
백일해	A37
급성 회색질척수염	A80
일본뇌염	A83.0
홍역	B05
풍진	B06
볼거리	B26
탄저병	A22
브루셀라병	A23
렘토스피라병	A27
성홍열	A38
수막구균 수막염	A39.0
기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
재향군인병, 비폐렴성 재향군인병(폰티액열)	A48.1 ~ A48.2
발진티푸스	A75
광견병	A82
신장증후군을 동반한 출혈열	A98.5
말라리아	B50 ~ B54

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표52 】

골절분류표(1~5종)

1. 약관에 규정하는 골절로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

종구분	분류항목	분류번호	
1종	치아의 파절 및 파절치	S02.5	
	얼굴의 으깬손상	S07.0	
	두개골의 으깬손상	S07.1	
	머리의 기타 부분의 으깬손상	S07.8	
	머리의 상세불명 부분의 으깬손상	S07.9	
	머리의 상세불명의 손상	S09.9	
	늑골골절	S22.3	
	골성 흉곽의 상세불명 부분의 골절	S22.9	
	견갑대의 상세불명 부분의 골절	S42.9	
	척골 상단의 골절	S52.0	
	요골 상단의 골절	S52.1	
	척골 몸통의 골절	S52.2	
	요골 몸통의 골절	S52.3	
	요골 하단의 골절	S52.5	
	아래팔의 기타 부분의 골절	S52.8	
	아래팔의 상세불명 부분의 골절	S52.9	
	손 주상골의 골절	S62.0	
	기타 수근골의 골절	S62.1	
	제1중수골의 골절	S62.2	
	기타 중수골골절	S62.3	
	엄지손가락의 골절	S62.5	
	기타 손가락의 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	
	기타 발가락의 골절	S92.5	
	발의 상세불명 골절	S92.9	
	미추의 골절	S32.2	
	2종	두 개저의 골절	S02.1
		비골의 골절	S02.2
		하악골의 골절	S02.6
목의 기타 부분의 골절		S12.8	
흉추의 골절		S22.0	
흉골의 골절		S22.2	
골성 흉곽의 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 기타 부분의 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 기타 부분의 골절	S42.8
	거골(발목뼈 중 가장 위쪽 뼈)의 골절	S92.1
	척골과 요골 모두의 몸통 골절	S52.4
	척골과 요골 모두의 하단 골절	S52.6
	쇄골의 골절	S42.0
3종	두 개원개의 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
	대퇴골 전자부 골절	S72.1
	대퇴골 몸통의 골절	S72.3
	대퇴골 하단의 골절	S72.4
	대퇴골의 기타부분의 골절	S72.8
	대퇴골의상세불명부분의골절	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
	한쪽팔의 여러부위를 침범한 골절	T02.2
	한쪽다리의 여러부위를 침범한 골절	T02.3
	양측팔의 여러부위를 침범한 골절	T02.4
	양측다리의 여러부위를 침범한 골절	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
	두개골 및 안면골을 침범하는 다발골절	S02.7
5종	요추 및 골반의 다발골절	S32.7
	아래등, 골반 및 사지와 함께 흉부를 침범한 골절	T02.7
	대퇴골의 다발골절	S72.7

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표53 】

골절분류표(치아파절제외, 1~5종)

1. 약관에 규정하는 골절로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

종구분	분류항목	분류번호	
1종	얼굴의 으깬손상	S07.0	
	두개골의 으깬손상	S07.1	
	머리의 기타 부분의 으깬손상	S07.8	
	머리의 상세불명 부분의 으깬손상	S07.9	
	머리의 상세불명의 손상	S09.9	
	늑골골절	S22.3	
	골성 흉곽의 상세불명 부분의 골절	S22.9	
	견갑대의 상세불명 부분의 골절	S42.9	
	척골 상단의 골절	S52.0	
	요골 상단의 골절	S52.1	
	척골 몸통의 골절	S52.2	
	요골 몸통의 골절	S52.3	
	요골 하단의 골절	S52.5	
	아래팔의 기타 부분의 골절	S52.8	
	아래팔의 상세불명 부분의 골절	S52.9	
	손 주상골의 골절	S62.0	
	기타 수근골의 골절	S62.1	
	제1중수골의 골절	S62.2	
	기타 중수골골절	S62.3	
	엄지손가락의 골절	S62.5	
	기타 손가락의 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	
	기타 발가락의 골절	S92.5	
	발의 상세불명 골절	S92.9	
	미추의 골절	S32.2	
	2종	두 개저의 골절	S02.1
		비골의 골절	S02.2
하악골의 골절		S02.6	
목의 기타 부분의 골절		S12.8	
흉추의 골절		S22.0	
흉골의 골절		S22.2	
골성 흉곽의 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 기타 부분의 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 기타 부분의 골절	S42.8	
	거골(발목뼈 중 가장 위쪽 뼈)의 골절	S92.1	
	척골과 요골 모두의 몸통 골절	S52.4	
	척골과 요골 모두의 하단 골절	S52.6	
	쇄골의 골절	S42.0	
3종	두 개원개의 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	
	대퇴골 전자부 골절	S72.1	
	대퇴골 몸통의 골절	S72.3	
	대퇴골 하단의 골절	S72.4	
	대퇴골의 기타부분의 골절	S72.8	
	대퇴골의상세불명부분의골절	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	
	한쪽팔의 여러부위를 침범한 골절	T02.2	
	한쪽다리의 여러부위를 침범한 골절	T02.3	
	양측팔의 여러부위를 침범한 골절	T02.4	
	양측다리의 여러부위를 침범한 골절	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
	두개골 및 안면골을 침범하는 다발골절	S02.7
5종	요추 및 골반의 다발골절	S32.7
	아래등, 골반 및 사지와 함께 흉부를 침범한 골절	T02.7
	대퇴골의 다발골절	S72.7

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표54 】

5대골절분류표

1. 약관에 규정하는 5대골절로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 머리의 으깬손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0 ~ S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표55 】

외상후 스트레스장애 분류표

1. 약관에 규정하는 외상후 스트레스장애로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
외상후 스트레스장애	F43.1

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표56 】

정신질환 분류표 II

1. 약관에 규정하는 정신질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병 그룹	분류코드
알콜 사용에 의한 정신 및 행동장애	F10
기타 정신활성물질 사용에 의한 정신 및 행동장애	F11-F19
정신분열증, 분열형 및 망상성 장애	F20-F29
기분(정동성)장애	F30-F39
신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애	F40-F48
정신 지연	F70-F79
기타 정신 및 행동장애	F04-F09, F50-F69, F80-F99

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표57 】

손가락·발가락 분류표

1. 약관에 규정하는 손가락·발가락으로 분류되는 진단명은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 진단명을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 진단명의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
손가락 및 발가락의 연조직염	L03.0
손가락 및 발가락의 후천변형	M20
방아쇠손가락	M65.3
다지증	Q69
합지증	Q70
아래팔 부위의 엄지손가락의 굴근 및 힘줄의 손상	S56.0
아래팔 부위의 기타손가락의 굴근 및 힘줄의 손상	S56.1
아래팔 부위의 엄지손가락의 신근 및 힘줄, 외전근 및 힘줄의 손상	S56.3
아래팔 부위의 기타 손가락의 신근 및 심줄의 손상	S56.4
손톱의 손상이 없는 손가락의 타박상	S60.0
손톱의 손상이 있는 손가락의 타박상	S60.1
손톱의 손상이 없는 손가락의 열린상처	S61.0
손톱의 손상이 있는 손가락의 열린상처	S61.1
엄지손가락의 골절	S62.5
기타 손가락의 골절	S62.6
손가락의 다발골절	S62.7
손가락의 탈구	S63.1
손가락의 다발탈구	S63.2
중수지골 및 지골간 관절에서 손가락인대의 외상성 파열	S63.4
손가락의 염좌 및 긴장	S63.6
엄지손가락의 수지신경의 손상	S64.3
기타 손가락의 수지신경의 손상	S64.4
엄지손가락의 혈관의 손상	S65.4
기타 손가락의 혈관의 손상	S65.5
손목 및 손 부위의 엄지손가락의 굴근 및 힘줄의 손상	S66.0
손목 및 손 부위의 기타 손가락의 굴근 및 힘줄의 손상	S66.1
손목 및 손 부위의 엄지손가락의 신근 및 힘줄의 손상	S66.2
손목 및 손 부위의 기타 손가락의 신근 및 힘줄의 손상	S66.3
손목 및 손 부위의 엄지손가락의 내인성 근육 및 힘줄의 손상	S66.4
손목 및 손 부위의 기타 손가락의 내인성 근육 및 힘줄의 손상	S66.5

엄지손가락 및 다른 손가락의 으깬손상	S67.0
엄지손가락의 외상성 절단(완전)(부분)	S68.0
기타 단일 손가락의 외상성 절단(완전)(부분)	S68.1
둘 이상의 손가락만의 외상성 절단(완전)(부분적)	S68.2
손목 및 손의 기타 부분을 동반한 손가락(부분)의 복합성 외상성 절단	S68.3
발톱의 손상이 없는 발가락의 타박상	S90.1
발톱의 손상이 있는 발가락의 타박상	S90.2
발톱의 손상이 없는 발가락의 열린상처	S91.1
발톱의 손상이 있는 발가락의 열린상처	S91.2
엄지발가락의 골절	S92.4
기타 발가락의 골절	S92.5
발가락의 탈구	S93.1
발가락의 염좌 및 긴장	S93.5
발목 및 발 부위 발가락의 장굴근의 근육 및 힘줄의 손상	S96.0
발목 및 발 부위 발가락의 장신근의 근육 및 힘줄의 손상	S96.1
발가락의 으깬손상	S97.1
단일 발가락의 외상성 절단	S98.1
2개 이상의 발가락의 외상성 절단	S98.2
손목 및 손의 상세불명 정도 화상, 엄지손가락(손톱)	T23.00
손목 및 손의 상세불명 정도 화상, 엄지손가락을 제외한 단일손가락(손톱)	T23.01
손목 및 손의 상세불명 정도 화상, 엄지손가락을 포함하지 않는 여러 손가락(손톱)	T23.02
손목 및 손의 상세불명 정도 화상, 엄지손가락을 포함하는 여러 손가락(손톱)	T23.03
손목 및 손의 1도 화상, 엄지손가락(손톱)	T23.10
손목 및 손의 1도 화상, 엄지손가락을 제외한 단일손가락(손톱)	T23.11
손목 및 손의 1도 화상, 엄지손가락을 포함하지 않는 여러 손가락(손톱)	T23.12
손목 및 손의 1도 화상, 엄지손가락을 포함하는 여러 손가락(손톱)	T23.13
손목 및 손의 2도 화상, 엄지손가락(손톱)	T23.20
손목 및 손의 2도 화상, 엄지손가락을 제외한 단일손가락(손톱)	T23.21
손목 및 손의 2도 화상, 엄지손가락을 포함하지 않는 여러 손가락(손톱)	T23.22
손목 및 손의 2도 화상, 엄지손가락을 포함하는 여러 손가락(손톱)	T23.23
손목 및 손의 3도 화상, 엄지손가락(손톱)	T23.30
손목 및 손의 3도 화상, 엄지손가락을 제외한 단일손가락(손톱)	T23.31
손목 및 손의 3도 화상, 엄지손가락을 포함하지 않는 여러 손가락(손톱)	T23.32
손목 및 손의 3도 화상, 엄지손가락을 포함하는 여러 손가락(손톱)	T23.33
손목 및 손의 상세불명 정도 부식, 엄지손가락(손톱)	T23.40
손목 및 손의 상세불명 정도 부식, 엄지손가락을 제외한 단일손가락(손톱)	T23.41
손목 및 손의 상세불명 정도 부식, 엄지손가락을 포함하지 않는 여러 손가락(손톱)	T23.42

손목 및 손의 상세불명 정도 부식, 엄지손가락을 포함하는 여러 손가락(손톱)	T23.43
손목 및 손의 1도 부식, 엄지손가락(손톱)	T23.50
손목 및 손의 1도 부식, 엄지손가락을 제외한 단일손가락(손톱)	T23.51
손목 및 손의 1도 부식, 엄지손가락을 포함하지 않는 여러 손가락(손톱)	T23.52
손목 및 손의 1도 부식, 엄지손가락을 포함하는 여러 손가락(손톱)	T23.53
손목 및 손의 2도 부식, 엄지손가락(손톱)	T23.60
손목 및 손의 2도 부식, 엄지손가락을 제외한 단일손가락(손톱)	T23.61
손목 및 손의 2도 부식, 엄지손가락을 포함하지 않는 여러 손가락(손톱)	T23.62
손목 및 손의 2도 부식, 엄지손가락을 포함하는 여러 손가락(손톱)	T23.63
손목 및 손의 3도 부식, 엄지손가락(손톱)	T23.70
손목 및 손의 3도 부식, 엄지손가락을 제외한 단일손가락(손톱)	T23.71
손목 및 손의 3도 부식, 엄지손가락을 포함하지 않는 여러 손가락(손톱)	T23.72
손목 및 손의 3도 부식, 엄지손가락을 포함하는 여러 손가락(손톱)	T23.73

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표58 】

손가락·발가락 수술분류표

구분	수술명
피부, 유방의 수술	1. 손가락, 발가락의 피부이식수술(25cm ² 미만인 경우)
근골(筋骨)의 수술 (발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술 제외) (치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것 제외)	2. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함) 중 손가락, 발가락 절단수술[골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]
	3. 사지골(팔다리뼈), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 중 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술
	4. 손가락, 발가락의 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	5. 손가락·발가락 혈관관혈수술
상기 이외의 수술 (검사, 처치, 약물주입요법 제외)	6. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 중 손가락, 발가락 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]

- 주1) 상기 1~5항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 6항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~5항)의 수술로 적용합니다.
- 주2) ‘관혈(觀血)’ 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
- 주3) 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
- (1) 미용 성형상의 수술
 - (2) 피임(避妊) 목적의 수술
 - (3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - (4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

【 별표59 】

대장 양성종양및특정폴립 분류표

- ① 이 약관에서 규정하는 대장 양성종양및특정폴립은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대장 양성종양및특정폴립 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
맹장의 양성 신생물	D12.0
총수의 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 결장의 양성 신생물	D12.6
직장구불결장접합부의 양성 신생물	D12.7
직장의 양성 신생물	D12.8
직장폴립	K62.1
결장의 폴립	K63.5

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 대장 양성종양및특정폴립 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표60 】

위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립 분류표

① 이 약관에서 규정하는 위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
기타 및 부위불명의 소화계통의 양성 신생물	D13
위 및 십이지장의 폴립	K31.7

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표61 】

위,십이지장 양성종양및특정폴립 분류표

- ① 이 약관에서 규정하는 위,십이지장 양성종양및특정폴립은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 위,십이지장 양성종양및특정폴립 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
위의 양성 신생물	D13.1
십이지장의 양성 신생물	D13.2
위 및 십이지장의 폴립	K31.7

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 위,십이지장 양성종양및특정폴립 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표62 】

여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병 분류표

1. 이 약관에서 규정하는 여성산과관련 특정질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 여성산과관련 특정질병 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
유산된 임신	O00~O08
임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	O10~O16
주로 임신과 관련된 기타 산모장애	O20~O29
태아와 양막강 그리고 가능한 분만문제에 관련된 산모관리	O30~O48
진통 및 분만의 합병증	O60~O75
분만	O80~O84
주로 산후기에 관련된 합병증	O85~O92
임신, 출산 및 산후기 합병증의 후유증	O94
상세불명의 원인에 의한 산과적 사망	O95
달리 분류될 수 있지만 임신, 출산 및 산후기에 합병된 산모의 감	O98
염성 및 기생충성 질환	
달리 분류될 수 있지만 임신, 출산 및 산후기에 합병된 기타 산모	O99
질환	

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 여성산과관련 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표63 】

여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병 분류표 II

1. 이 약관에서 규정하는 여성산과관련 특정질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 여성산과관련 특정질병 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
유산된 임신	O00~O08
임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	O10~O16
주로 임신과 관련된 기타 산모장애	O20~O29
태아와 양막강 그리고 가능한 분만문제에 관련된 산모관리	O30~O48
진통 및 분만의 합병증	O60~O75
분만	O80~O84
주로 산후기에 관련된 합병증	O85~O92

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 여성산과관련 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표64 】

특정13대질병 분류표

1. 약관에 규정하는 특정13대질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
급성상기도감염	급성상기도감염	J00~J06
담낭담도질환	담낭염	K81
	담낭의 기타질환	K82
	담도의 기타질환	K83
중이의 진주종	중이의 진주종	H71
귀경화증	귀경화증	K80
소화계통의 양성 신생물	기타 및 부위불명 소화계통의 양성 신생물	D13
중이, 호흡계통 및 흉곽의 양성 신생물	중이, 호흡계통의 양성 신생물	D14
	기타 및 부위불명 흉곽내기관의 양성 신생물	D15
골 및 관절연골의 양성 신생물	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
조직의 양성 신생물	중피조직의 양성 신생물	D19
	후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물	D20
	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D21
수막의 양성 신생물	수막의 양성 신생물	D32
뇌 및 중추신경계통의 양성 신생물	뇌 및 중추신경계통의 양성 신생물	D33
갑상선 및 내분비선의 양성 신생물	갑상선의 양성 신생물	D34
	기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35
유방의 양성 신생물	유방의 양성 신생물	D24
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	골연속성의 장애	M84

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표65 】

14대질병 분류표

1. 약관에 규정하는 14대질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈성 심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	- 수막알균성 심근염(I41.0*)	A39.5†
	- 수막알균성 심내막염(I39.8*)	A39.5†
	- 수막알균성 심장막염(I32.0*)	A39.5†
	- 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5†
- 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6†	
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스간염(K77.0*)	B25.1†
	- 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1†
고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장질환	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증 - 단, 고혈압성 망막병증 이외의 배경망막병증 및 망막혈관변화는 제외	H35.0
당뇨병질환	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조-관련 당뇨병	E12
	기타 명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14

	- 당뇨병성 단일신경병증	G59.0*
	- 당뇨병성 다발신경병증	G63.2*
	- 당뇨병성 백내장	H28.0*
	- 당뇨병성 망막병증	H36.0*
	- 당뇨병성 관절병증	M14.2*
	- 당뇨병에서의 사구체장애	N08.3*
만성 하부호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성만성기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
신부전	신부전	N17~N19
녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
갑상선질환	갑상선의 장애	E00~E07
	갑상선이상성 안구돌출	H06.2
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
	방사선조사후 갑상선기능저하증	
	수술후 갑상선기능저하증	
동맥경화증	죽상경화증	I70
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	수두폐렴	B01.2
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
	거대세포바이러스폐렴	B25.0
	폐 특소포자충증	B58.3
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향균인병	A48.1

결핵	결핵	A15~A19
	- 결핵관절염(A18.01†)	M01.1*
	- 척추의 결핵(A18.00†)	M49.0*
	- 뼈의 결핵(A18.02†)	M90.0*
	- 결핵성 방광염(A18.11†)	N33.0*
	- 자궁경부의 결핵감염(A18.17†)	N74.0*
	- 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†)	N74.1*
	- 결핵성 복막염(A18.30†)	K67.3*
	- 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*)	K93.0*
	결핵의 후유증	B90
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27

주1) 당뇨병질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음
(자세한 내용은 한국표준질병·사인분류를 참고)

주2) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표66 】

16대질병 분류표

1. 약관에 규정하는 16대질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈성 심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	- 수막알균성 심근염(I41.0*)	A39.5†
	- 수막알균성 심내막염(I39.8*)	A39.5†
	- 수막알균성 심장막염(I32.0*)	A39.5†
- 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5†	
- 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6†	
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스간염(K77.0*)	B25.1†
	- 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1†
고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장질환	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증 - 단, 고혈압성 망막병증 이외의 배경망막병증 및 망막혈관변화는 제외	H35.0
당뇨병질환	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조-관련 당뇨병	E12
	기타 명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14

	- 당뇨병성 단일신경병증	G59.0*
	- 당뇨병성 다발신경병증	G63.2*
	- 당뇨병성 백내장	H28.0*
	- 당뇨병성 망막병증	H36.0*
	- 당뇨병성 관절병증	M14.2*
	- 당뇨병에서의 사구체장애	N08.3*
만성 하부호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성만성기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
신부전	신부전	N17~N19
녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
갑상선질환	갑상선의 장애	E00~E07
	갑상선이상성 안구돌출	H06.2
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
	방사선조사후 갑상선기능저하증	
	수술후 갑상선기능저하증	
동맥경화증	죽상경화증	I70
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	수두폐렴	B01.2
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
	거대세포바이러스폐렴	B25.0
	폐 톡소포자충증	B58.3
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1

결핵	결핵	A15~A19
	- 결핵관절염(A18.01†)	M01.1*
	- 척추의 결핵(A18.00†)	M49.0*
	- 뼈의 결핵(A18.02†)	M90.0*
	- 결핵성 방광염(A18.11†)	N33.0*
	- 자궁경부의 결핵감염(A18.17†)	N74.0*
	- 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†)	N74.1*
	- 결핵성 복막염(A18.30†)	K67.3*
	- 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*)	K93.0*
	결핵의 후유증	B90
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
관절염	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발관절병증	M05~M14
	- 류마티스페질환(M05.1+)	J99.0*
	관절증	M15~M19
	기타 관절장애	M20~M25
생식기질환	남성생식기관의질환 (남성 불임 제외)	N40~N45, N47~N51
	- 편모충성 전립선염(N51.0)*	A59.08†
	- 불거리고환염(N51.1*)	B26.0†
	여성골반내기관의 염증성 질환	N70~N77
	여성 생식관의 비염증성 장애 (습관적 유산자 제외) (여성 불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외)	N80~N95
	달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99

주1) 당뇨병질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음
(자세한 내용은 한국표준질병·사인분류를 참고)

주2) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금

지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【 별표67 】

18대질병 분류표

1. 약관에 규정하는 18대질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈성 심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	- 수막알균성 심근염(I41.0*)	A39.5†
	- 수막알균성 심내막염(I39.8*)	A39.5†
	- 수막알균성 심장막염(I32.0*)	A39.5†
- 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5†	
- 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6†	
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스간염(K77.0*)	B25.1†
	- 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1†
고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장질환	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증 - 단, 고혈압성 망막병증 이외의 배경망막병증 및 망막혈관변화는 제외	H35.0
당뇨병질환	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조-관련 당뇨병	E12
	기타 명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14

	- 당뇨병성 단일신경병증	G59.0*
	- 당뇨병성 다발신경병증	G63.2*
	- 당뇨병성 백내장	H28.0*
	- 당뇨병성 망막병증	H36.0*
	- 당뇨병성 관절병증	M14.2*
	- 당뇨병에서의 사구체장애	N08.3*
만성 하부호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성만성기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
신부전	신부전	N17~N19
녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
갑상선질환	갑상선의 장애	E00~E07
	갑상선이상성 안구돌출	H06.2
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
	방사선조사후 갑상선기능저하증	
	수술후 갑상선기능저하증	
동맥경화증	죽상경화증	I70
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	수두폐렴	B01.2
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
	거대세포바이러스폐렴	B25.0
	폐 톡소포자충증	B58.3
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1

결핵	결핵	A15~A19
	- 결핵관절염(A18.01†)	M01.1*
	- 척추의 결핵(A18.00†)	M49.0*
	- 뼈의 결핵(A18.02†)	M90.0*
	- 결핵성 방광염(A18.11†)	N33.0*
	- 자궁경부의 결핵감염(A18.17†)	N74.0*
	- 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†)	N74.1*
	- 결핵성 복막염(A18.30†)	K67.3*
	- 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*)	K93.0*
	결핵의 후유증	B90
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
담석증	담석증	K80
사타구니탈장	사타구니 탈장	K40
편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
축농증	만성 부비동염	J32

주1) 당뇨병질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음
(자세한 내용은 한국표준질병·사인분류를 참고)

주2) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표68 】

이차성고혈압 분류표

1. 약관에 규정하는 이차성고혈압으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
이차성 고혈압	I15

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표69 】

본태성(원발성)고혈압 분류표

1. 약관에 규정하는 본태성(원발성)고혈압으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
본태성(원발성) 고혈압	I10

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표70 】

난임 분류표

1. 약관에 규정하는 난임으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 남성불임	N46
2. 무배란과 관련된 여성불임	N97.0
3. 난관에서 기원한 여성불임	N97.1
4. 자궁에서 기원한 불임	N97.2
5. 자궁경부에서 기원한 여성불임	N97.3
6. 기타 요인에서 기원한 여성불임	N97.8
7. 상세불명의 여성불임	N97.9

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표71 】

특정2대 중추신경계질환 분류표

1. 약관에 규정하는 특정2대 중추신경계질환으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정2대 중추신경계질환 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
중추신경계 염증성질환	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
두 개·척추내 농양 및 육아종	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정2대 중추신경계질환 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표72 】

특정5대 순환계질환(혈관질환) 분류표

1. 약관에 규정하는 특정5대 순환계질환(혈관질환)으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정5대 순환계질환(혈관질환) 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
폐성 심장병 및 폐순환 질환	폐색전증	126
	기타 폐성 심장질환	127
	폐혈관의 기타 질환	128
동맥질환	대동맥동맥류 및 박리	171
	기타 동맥류 및 박리	172
	동맥색전증 및 혈전증	174
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	177
정맥질환	문맥혈전증	181
	기타 정맥의 색전증 및 혈전증	182
	식도정맥류	185
	위정맥류	186.4
특정 하지정맥류	궤양을 동반한 하지의 정맥류	183.0
	궤양과 염증을 동반한 하지의 정맥류	183.2
기타 혈관질환	폐색혈전혈관염[버거병]	173.1
	모세혈관의 질환	178

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정5대 순환계질환(혈관질환) 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표73 】

특정5대 호흡계질환(폐렴, 하부호흡기 및 흉막질환) 분류표

1. 약관에 규정하는 특정5대 호흡계질환(폐렴, 하부호흡기 및 흉막질환)으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정5대 호흡계질환(폐렴, 하부호흡기 및 흉막질환) 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
특정 바이러스성 폐렴	아데노바이러스폐렴	J12.0
	파라인플루엔자바이러스폐렴	J12.2
	사람메타뉴모바이러스폐렴	J12.3
세균성 폐렴	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
하부호흡기 질환	폐기종	J43
	기관지확장증	J47
외부요인 폐질환	화학물질, 가스, 훈증기 및 물감의 흡입에 의한 호흡기병태	J68
	고체 및 액체에 의한 폐렴	J69
	달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
흉막질환	흉막판	J92
	기타 흉막의 병태	J94

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정5대 호흡계질환(폐렴, 하부호흡기 및 흉막질환) 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표74 】

특정2대 호흡계질환(간질·화농·괴사성질환) 분류표

1. 약관에 규정하는 특정2대 호흡계질환(간질·화농·괴사성질환)으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정2대 호흡계질환(간질·화농·괴사성질환) 해당 여부를 판단합니다.

	분류항목	분류번호
간질영향 호흡기질환	성인호흡곤란증후군	J80
	폐부종	J81
	달리 분류되지 않은 폐호산구증가	J82
	기타 간질성 폐질환	J84
하기도 화농·괴사성 질환	폐 및 종격의 농양	J85
	농흉	J86

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정2대 호흡계질환(간질·화농·괴사성질환) 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표75 】

특정4대 소화계질환(총수·복막·기타장질환) 분류표

1. 약관에 규정하는 특정4대 소화계질환(총수·복막·기타장질환)으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정4대 소화계질환(총수·복막·기타장질환) 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
총수질환	급성 총수염	K35
	기타 총수염	K36
	상세불명의 총수염	K37
	총수의 기타 질환	K38
복막질환	복막염	K65
	복막의 기타 장애	K66
특정 위장염 및 결장염	방사선에 의한 위장염 및 결장염	K52.0
	독성 위장염 및 결장염	K52.1
기타 장질환	장의 혈관장애	K55

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정4대 소화계질환(총수·복막·기타장질환) 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표76 】

특정6대 소화계질환(궤양, 게실염) 분류표

1. 약관에 규정하는 특정6대 소화계질환(궤양, 게실염)으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 해당하는 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정6대 소화계질환(궤양, 게실염) 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
특정식도궤양	출혈을 동반한 식도의 궤양	K22.11
특정위궤양	출혈이 있는 급성 위궤양	K25.0
	천공이 있는 급성 위궤양	K25.1
	출혈 및 천공이 모두 있는 급성 위궤양	K25.2
특정 십이지장궤양	출혈이 있는 급성 십이지장궤양	K26.0
	천공이 있는 급성 십이지장궤양	K26.1
	출혈 및 천공이 모두 있는 급성 십이지장궤양	K26.2
특정 소화성궤양	출혈이 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.0
	천공이 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.1
	출혈 및 천공이 모두 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.2
위공장궤양	위공장궤양	K28
특정게실염	출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 소장의 게실병, 게실염	K57.02
	출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 소장의 게실병, 게실염	K57.03
	출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 대장의 게실병, 게실염	K57.22
	출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 대장의 게실병, 게실염	K57.23
	출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 소장 및 대장 모두의 게실병, 게실염	K57.42
	출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 소장 및 대장 모두의 게실병, 게실염	K57.43
	출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 상세불명 부분의 장의 게실병, 게실염	K57.82
	출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 상세불명 부분의 장의 게실병, 게실염	K57.83

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정6대 소화계질환(궤양, 게실염) 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표77 】

유산 분류표

1. 약관에 규정하는 유산으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류기호
1. 자궁외 임신	O00
2. 포상기태	O01
3. 기타 비정상적 수태부산물	O02
4. 자연유산	O03
5. 의학적유산	O04
6. 기타유산	O05
7. 상세불명의 유산	O06
8. 시도된 유산의 실패	O07
9. 유산, 자궁외 임신 및 기태임신에 따른 합병증	O08

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표78 】

이상지질혈증 분류표

1. 약관에 규정하는 이상지질혈증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류기호
1. 지질단백질대사장애 및 기타 지질증	E78

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표79 】

고액치료비암 분류표

1. 약관에 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
식도의 악성신생물	C15
췌장의 악성신생물	C25
골 및 관절연골의 악성신생물	
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물	
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표80 】

고액치료비암 분류표 II

1. 약관에 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
식도의 악성신생물	C15
췌장의 악성신생물	C25
골 및 관절연골의 악성신생물	
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물	
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표81 】

상해확장보장 추가 특별약관(II) 대상 약관

구 분	대 상 약 관
1) 상해 사망, 후유장애, 진단비를 보장하는 약관	<p> 단체안심상해보험 보통약관 24시간 상해 사망 및 고도후유장애 특별약관 24시간 상해 ()%이상 고도후유장애발생 특별약관 24시간 상해 ()%미만 후유장애 특별약관 24시간 상해(교통상해 제외) 특별약관 업무중 상해(출·퇴근 포함) 특별약관 업무중 상해(출·퇴근 포함) 사망 및 고도후유장애 특별약관 업무중 상해(출·퇴근 포함) ()%이상 고도후유장애 특별약관 업무중 상해(출·퇴근 포함) ()%미만 후유장애 특별약관 업무외 상해(출·퇴근 포함) 특별약관 업무외 상해(출·퇴근 포함) 사망 및 고도후유장애 특별약관 업무외 상해(출·퇴근 포함) ()%이상 고도후유장애 특별약관 업무외 상해(출·퇴근 포함) ()%미만 후유장애 특별약관 업무외 상해(출·퇴근 제외) 사망·후유장애 특별약관 업무외 상해(출·퇴근 제외) 사망 및 고도후유장애 특별약관 업무외 상해(출·퇴근 제외) ()%이상 고도후유장애 특별약관 업무외 상해(출·퇴근 제외) ()%미만 후유장애 특별약관 휴일상해 특별약관 휴일상해 사망 및 고도후유장애 특별약관 휴일상해 ()%이상 고도후유장애 특별약관 휴일상해 ()%미만 후유장애 특별약관 교통상해 특별약관 교통상해 사망 및 고도후유장애 특별약관 교통상해 ()%이상 고도후유장애발생 특별약관 교통상해 ()%미만 후유장애 특별약관 휴일교통상해 특별약관 휴일교통상해 사망 및 고도후유장애 특별약관 휴일교통상해 ()%이상 고도후유장애 특별약관 휴일교통상해 ()%미만 후유장애 특별약관 휴무일상해 특별약관 특정요일(평일)상해 특별약관 교육기관생활중 상해 특별약관 교육기관생활중 상해위험(등·하교중 제외) 특별약관 학교생활외 상해위험(1) 특별약관 대중교통상해 특별약관 </p>

대중교통상해 사망 및 고도후유장해 특별약관
 대중교통상해 ()%이상 고도후유장해 특별약관
 대중교통상해 ()%미만 후유장해 특별약관
 항공기탑승중 상해위험 특별약관
 고속도로이용중 교통상해 특별약관
 전세버스 상해사망후유장해 특별약관
 스포츠 단체상해 특별약관
 프로 및 아마추어단체 상해위험 특별약관
 특정여가활동중상해 특별약관
 뺑소니 및 무보험차 상해 사망 후유장해 특별약관
 뺑소니상해 사망·후유장해 특별약관
 건강관리활동중 상해 특별약관
 건강관리활동중 상해 추상장해 특별약관
 자전거 교통상해 사망·후유장해 특별약관
 자전거 교통상해 사망 및 고도후유장해 특별약관
 자전거 교통상해 ()%이상 고도후유장해 추가특별약관
 자전거 교통상해 ()%미만 후유장해 특별약관
 출·퇴근중 상해 사망·후유장해 특별약관
 출·퇴근중 상해 사망 및 고도후유장해 특별약관
 출·퇴근중 상해 ()%이상 고도후유장해 추가특별약관
 출·퇴근중 상해 ()%미만 후유장해 특별약관
 의사상자 상해위험 특별약관
 강도상해위험 특별약관
 외모(얼굴, 머리, 목) 추상장해만의 특별약관
 폭발·화재 및 붕괴사고 상해 사망·후유장해 특별약관
 익사사고 사망 특별약관
 물놀이사고 사망 특별약관
 자연재해사망 특별약관
 자연재해후유장해 특별약관
 농기계사고 상해 특별약관
 가스사고 상해 특별약관
 유독성물질 사망 특별약관
 침몰사고 사망 특별약관
 스쿨존 교통사고 후유장해 특별약관
 상해사고 ()일이상 진단 특별약관
 상해사고 ()일이상 진단(교통상해 제외) 특별약관
 자전거사고 상해진단 특별약관
 감전사고 사망후유장해 특별약관
 사회재난(감염병 제외) 특별약관

운동 및 기타위험 확장보상(전문등반 등) 특별약관(Ⅰ)
 운동 및 기타위험 확장보상(자동차경기 등) 특별약관(Ⅱ)
 24시간 상해확장보상 추가특별약관
 24시간 상해확장보상 추가특별약관Ⅱ
 24시간 상해확장보상 추가특별약관Ⅲ
 24시간 상해확장보상 추가특별약관Ⅳ
 교통상해확장보상 추가특별약관
 산업재해 사망 특별약관
 산업재해 상해사망 특별약관
 산업재해 장해 특별약관
 산업재해 상해장해 특별약관
 운열질환 진단비(1회 한도) 특별약관
 일반상해 소득보상금 특별약관
 교통상해 소득보상금 특별약관
 화상진단비 특별약관
 골절진단비 특별약관
 골절진단비(치아파절 제외) 특별약관
 치과 관련 골절진단비 특별약관
 골절진단비(1~5종) 특별약관
 골절진단비(치아파절 제외, 1~5종) 특별약관
 5대골절진단비 특별약관
 탈구, 신경손상, 으깬손상 진단비 특별약관
 외상성 절단 진단비 특별약관
 상해사망 장례지원금보장 특별약관
 상해사망 장례지원금보장 특별약관Ⅱ
 스쿨존 교통사고 부상진단비 특별약관
 실버존 교통사고 부상진단비 특별약관
 대중교통상해 부상진단비(택시포함) 특별약관
 대중교통상해 부상진단비(택시제외) 특별약관
 전세버스상해 부상진단비 특별약관
 자원봉사활동중 상해 사망·후유장해 특별약관
 자원봉사활동중 골절진단비 특별약관
 자원봉사활동중 화상진단비 특별약관
 자원봉사활동중 골절진단비(치아파절제외) 특별약관
 자원봉사활동중 탈구, 신경손상, 으깬손상 진단비 특별약관
 자원봉사활동중 외상성 절단 진단비 특별약관
 군복무중 상해 특별약관
 군복무중 물리치료 장려금 특별약관
 군복무중 재활치료 보조금 특별약관
 군복무중 중증장애 특별약관

	<p>전우(戰友)상해·질병사망보장 특별약관 단체 전우(戰友) 골절진단비 특별약관 단체 전우(戰友) 골절진단비(치아파절 제외) 특별약관 군인 영외체류기간중 상해 특별약관 군인 영외체류기간중 교통상해 특별약관 군인 영외체류기간중 대중교통이용중 상해 특별약관 연구활동종사자 사망 및 후유장해보장 특별약관 연구활동종사자 장의비보장 특별약관 유상운송 중 교통상해 특별약관(시민안전) 유상운송 중 교통상해 골절진단비 특별약관(시민안전) 유상운송 중 교통상해 골절진단비(치아파절 제외) 특별약관(시민안전) 유상운송 중 뺑소니 및 무보험차 상해사망·후유장해 특별약관(시민안전) 유상운송 중 뺑소니 상해사망·후유장해 특별약관(시민안전) 유상운송 중 교통사고부상진단비 특별약관(시민안전)</p>
<p>2) 상해 입원일당, 통원일당, 수술비, 치료비를 보장하는 약관</p>	<p>24시간상해 입원일당 특별약관 I 24시간상해 입원일당(산재·자동차사고 부보장) 특별약관 I 24시간상해 입원일당(산재사고 부보장) 특별약관 I 24시간상해 입원일당(자동차사고 부보장) 특별약관 I 24시간상해 입원일당 특별약관 II 24시간상해 입원일당(산재·자동차사고 부보장) 특별약관 II 24시간상해 입원일당(산재사고 부보장) 특별약관 II 24시간상해 입원일당(자동차사고 부보장) 특별약관 II 업무중 상해(출·퇴근 포함) 입원일당 특별약관 상해 입원비 특별약관 교통상해 입원일당 특별약관 24시간상해 수술동반 입원일당(2일 이상 20일 한도) 특별약관 24시간상해 중환자실 입원일당 특별약관 간병인사용 상해입원일당(요양병원 제외, 1일이상 180일한도) 특별약관 간병인사용 상해입원일당(요양병원, 1일이상 180일한도) 특별약관 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관 공무상 입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관 공무상 입원일당(1일이상 365일한도) 특별약관 수술비용 특별약관 수술비용(연간1회한) 특별약관 수술비용(연간2회한) 특별약관 각막이식 수술비 특별약관 뇌·내장수술비 특별약관 1~5종 수술비 특별약관 II 상해 수술비용 특별약관</p>

상해 통원(당일입원 포함) 수술비용 특별약관
 상해수술비(1~7종, 급여, 연간3회한) 특별약관
 1~3종 수술비용 특별약관
 특정 손가락·발가락 수술비 특별약관
 특정 손가락·발가락 수술비(연간1회한) 특별약관
 특정 손가락·발가락 수술비(연간2회한) 특별약관
 상해흉터복원 수술비보장 특별약관
 치아보존치료비 I 특별약관
 치아보존치료비 II 특별약관
 치아보존치료비(단체) 특별약관
 치아보존치료비(단체) II 특별약관
 치아보철치료비 I 특별약관
 치아보철치료비 II 특별약관
 치아보철치료비(단체) 특별약관
 치아보철치료비(단체) II 특별약관
 치아발거(상해, 질병) 특별약관
 치아발거(상해, 질병)_3개한도 특별약관
 치아발거(상해) 특별약관
 치아발거(상해)_3개한도 특별약관
 화상수술비 특별약관
 골절수술비 특별약관
 골절수술비(1~5종) 특별약관
 5대골절수술비 특별약관
 김스치료비 특별약관
 개 물림사고 응급실내원비 특별약관
 상해응급실내원비(응급) 특별약관
 상해응급실내원비(비응급) 특별약관
 자원봉사활동중상해 입원일당 특별약관
 자원봉사활동중 상해통원일당 특별약관
 자원봉사활동중 골절수술비 특별약관
 자원봉사활동중 화상수술비 특별약관
 자원봉사활동중 교통상해입원일당 특별약관
 자원봉사활동중 상해 수술비용 특별약관
 단체 전우(戰友) 수술비용 특별약관
 연구활동중사자 입원일당보장 특별약관
 유상운송 중 교통상해 골절수술비 특별약관(시민안전)
 유상운송 중 교통상해수술비 특별약관(시민안전)
 유상운송 중 교통상해입원일당 특별약관(시민안전)

【 별표82 】

질병확장보장 추가 특별약관(II) 대상 약관

	대 상 약 관
1) 질병 사망, 후유장애, 입원일당, 통원일당, 수술비, 치료비를 보장하는 약관	산업재해 사망 특별약관 산업재해 질병사망 특별약관 산업재해 장애 특별약관 산업재해 질병장애 특별약관 질병입원일당 특별약관 I 질병입원일당(출산포함) 특별약관 I 질병입원일당(산재·자동차사고 부보장) 특별약관 I 질병입원일당(산재사고 부보장) 특별약관 I 질병입원일당(자동차사고 부보장) 특별약관 I 질병입원일당(출산포함, 산재·자동차사고 부보장) 특별약관 I 질병입원일당(출산포함, 산재사고 부보장) 특별약관 I 질병입원일당(출산포함, 자동차사고 부보장) 특별약관 I 질병입원일당 특별약관 II 질병입원일당(출산포함) 특별약관 II 질병입원일당(산재·자동차사고 부보장) 특별약관 II 질병입원일당(산재사고 부보장) 특별약관 II 질병입원일당(자동차사고 부보장) 특별약관 II 질병입원일당(출산포함, 산재·자동차사고 부보장) 특별약관 II 질병입원일당(출산포함, 산재사고 부보장) 특별약관 II 질병입원일당(출산포함, 자동차사고 부보장) 특별약관 II 암입원비(요양병원 제외) 특별약관 요양병원 암입원비 특별약관 누적외상성질환(VDT증후군) 입원일당 특별약관 7대질병 입원일당 특별약관 2대질병 입원일당 특별약관 공무상 입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관 공무상 입원일당(1일이상 365일한도) 특별약관 질병 수술동반 입원일당(2일 이상 20일 한도) 특별약관 질병 수술동반 입원일당(2일 이상 20일 한도, 출산포함) 특별약관 질병 중환자실 입원일당 특별약관 간병인사용 질병입원일당(요양병원 제외, 1일이상 180일한도) 특별약관 간병인사용 질병입원일당(요양병원, 1일이상 180일한도) 특별약관 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관 뇌졸중통원일당(1일이상 30일한도) 특별약관 뇌졸중중합병원통원일당(1일이상 30일한도) 특별약관

뇌졸중상급종합병원통원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관
 급성심근경색증통원일당(1일이상 30일한도) 특별약관
 급성심근경색증종합병원통원일당(1일이상 30일한도) 특별약관
 급성심근경색증상급종합병원통원일당(1일이상 30일한도) 특별약관
 암직접치료통원일당(1일이상 30일한도) 특별약관
 유산 입원일당(6일이상120일한도)특별약관
 질병사망 및 질병80%이상고도후유장해 특별약관
 질병사망 특별약관
 질병80%이상고도후유장해 특별약관
 질병50%이상 고도후유장해 특별약관
 질병50%이상 80%미만 고도후유장해 특별약관
 질병80%미만 후유장해 특별약관
 암사망 및 암80%이상후유장해 특별약관
 과로사 특별약관
 과로사관련 특정질병사망 및 80%이상 후유장해 특별약관
 심장질환사망 특별약관
 항암방사선약물치료비 특별약관
 독감 및 폐렴 사망 특별약관
 암 한방치료비 특별약관
 뇌졸중 한방치료비 특별약관
 급성심근경색증 한방치료비 특별약관
 수술비용 특별약관
 수술비용(연간1회한) 특별약관
 수술비용(연간2회한) 특별약관
 암수술비 특별약관
 특정암 수술비용 특별약관
 성별특정질병 수술비 특별약관
 간질환 수술비 특별약관
 각막이식 수술비 특별약관
 충수염 수술비 특별약관
 1~5종 수술비 특별약관 II
 21대질병 수술비 특별약관
 질병 통원(당일입원 포함) 수술비용 특별약관
 질병수술비(1~7종, 급여, 연간3회한) 특별약관
 1~3종 수술비용 특별약관
 특정 손가락·발가락 수술비 특별약관
 특정 손가락·발가락 수술비(연간1회한) 특별약관
 특정 손가락·발가락 수술비(연간2회한) 특별약관
 모성사망 특별약관

모성사망 특별약관 II
 7대질병 수술비 특별약관
 특정13대질병 수술비 특별약관
 14대질병 수술비 특별약관
 16대질병 수술비 특별약관
 18대질병 수술비 특별약관
 유산 수술비 특별약관
 치아보존치료비 I 특별약관
 치아보존치료비 II 특별약관
 치아보존치료비(단체) 특별약관
 치아보존치료비(단체) II 특별약관
 치아보철치료비 I 특별약관
 치아보철치료비 II 특별약관
 치아보철치료비(단체) 특별약관
 치아보철치료비(단체) II 특별약관
 치주질환치료비 특별약관
 치아발거(상해,질병) 특별약관
 치아발거(상해,질병)_3개한도 특별약관
 식중독치료비 특별약관
 김스치료비 특별약관
 질병사망 장례지원금보장 특별약관
 질병응급실내원비(응급) 특별약관
 질병응급실내원비(비응급) 특별약관
 자원봉사활동중 질병입원일당 특별약관
 자원봉사활동중 식중독치료비 특별약관
 전우(戰友)상해·질병사망보장 특별약관
 단체 전우(戰友) 수술비용 특별약관
 연구활동종사자 사망 및 후유장해보장 특별약관
 연구활동종사자 입원일당보장 특별약관
 연구활동종사자 장의비보장 특별약관

【 별표83 】

우울증 분류표

1. 약관에 규정하는 「우울증」으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 우울증(우울에피소드)	F32
2. 재발성 우울장애	F33

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표84 】

공황장애 분류표

1. 약관에 규정하는 「공황장애」로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 광장공포증이 있는 공황장애	F40.0
2. 공황장애(우발적 발작성 불안)	F41.0

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【 별표85 】

당뇨병 분류표

1. 약관에 규정하는 「당뇨병」으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 1형 당뇨병	E10
2. 2형 당뇨병	E11
3. 영양실조 관련 당뇨병	E12
4. 기타명시된 당뇨병	E13
5. 상세불명의 당뇨병	E14

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

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

법률조문 해설

법률조문	용어 해설
[민법 제27조(실종의 선고)]	<p>① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.</p> <p>② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 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 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.</p>
[민법 제2조(신의 성실) 제1항]	<p>① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.</p>
[민법 제777조(친족의 범위)]	<p>친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 8촌 이내의 혈족 2. 4촌 이내의 인척 3. 배우자
[전자서명법 제2조(정의)]	<p>이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “전자문서”란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다. 2. “전자서명”이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다. <ol style="list-style-type: none"> 가. 서명자의 신원 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실 3. “전자서명생성정보”란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다. 4. “전자서명수단”이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다. 5. “전자서명인증”이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다. 6. “인증서”란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다. 7. “전자서명인증업무”란 전자서명인증, 전자서명인증 관련 기록의 관리 등 전자서명인증서비스를 제공하는 업무를 말한다. 8. “전자서명인증사업자”란 전자서명인증업무를 하는 자를 말한다.

법률조문	용어 해설
	<p>9. “가입자”란 전자서명생성정보에 대하여 전자서명인증사업자로부터 전자서명인증을 받은 자를 말한다.</p> <p>10. “이용자”란 전자서명인증사업자가 제공하는 전자서명인증서비스를 이용하는 자를 말한다.</p>
<p>[신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)]</p>	<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 정보제공 동意的 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 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다. 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식 <p>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</p> <p>③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하</p>

법률조문	용어 해설
	<p>는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.</p> <p>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.</p> <p>⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.</p> <p>⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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,

법률조문	용어 해설
	<p>사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.</p> <p>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</p> <p>8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우</p> <p>9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우</p> <p>9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.</p> <p>9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우</p> <p>9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우</p> <p>가. 양 목적 간의 관련성</p> <p>나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경우</p> <p>다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향</p> <p>라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부</p> <p>10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우</p> <p>11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우</p> <p>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 경우</p>

법률조문	용어 해설
	<p>에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.</p> <p>⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보 제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.</p> <p>⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.</p> <p>⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.</p> <p>⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.</p>
<p>[신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제33조(개인신용정보의 이용)]</p>	<p>① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>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.</p>
<p>[신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령 제28조</p>	<p>① 삭제</p> <p>② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호</p>

법률조문	용어 해설
(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)]	<p>의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 개인신용정보를 제공받는 자 2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적 3. 제공하는 개인신용정보의 내용 4. 개인신용정보를 제공받는 자(개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용 <p>③ 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다.</p> <p>④ 법 제32조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 방식"이란 정보 제공 동意的 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동意的 의사 표시를 확인하여 동의를 받는 방식을 말한다.</p> <p>⑤ 제4항의 방식으로 해당 신용정보주체로부터 개인신용정보의 제공에 관한 동의를 받는 경우 신용정보제공·이용자와 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여 정보 제공 동意的 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 채택하여 활용해야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 금융거래 등 상거래관계의 유형·특성·위험도 2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 업무 또는 업종의 특성 <ol style="list-style-type: none"> 가. 신용정보제공·이용자 나. 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자 다. 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자 3. 정보 제공 동의를 받아야 하는 신용정보주체의 수 <p>⑥ 법 제32조제2항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가</p>

법률조문	용어 해설
	<p>회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 개인신용정보를 제공하는 자 2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적 3. 제공받는 개인신용정보의 항목 4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동의의 효력기간 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용 <p>⑦ 법 제32조제3항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 신용정보주체로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등으로 확인하고, 확인한 사항의 진위 여부를 주기적으로 점검해야 한다.</p> <p>⑧ 법 제32조제4항 전단에 따라 신용정보제공·이용자가 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하는 경우에는 다음 각 호의 사항 등을 고려해야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 그 신용정보주체와의 금융거래 등 상거래관계를 설정·유지할 수 없는지 여부 2. 해당 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의함으로써 제공·활용되는 개인신용정보가 신용정보제공·이용자와의 상거래관계에 따라 신용정보주체에게 제공되는 재화 또는 서비스(신용정보주체가 그 신용정보제공·이용자에게 신청한 상거래관계에서 제공하기로 한 재화 또는 서비스를 그 신용정보제공·이용자와 별도의 계약 또는 약정 등을 체결한 제3자가 신용정보주체에게 제공하는 경우를 포함한다)와 직접적으로 관련되어 있는지 여부 3. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 법 또는 다른 법령에 따른 의무를 이행할 수 없는지 여부 <p>⑨ 신용정보제공·이용자가 법 제32조제4항 전단에 따라 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 동의를 받는 경</p>

법률조문	용어 해설
	<p>우 동의서 양식을 구분하는 등의 방법으로 신용정보주체가 각 동의사항을 쉽게 이해할 수 있도록 해야 한다.</p> <p>⑩ 법 제32조제6항제4호에서 "채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 목적을 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적 2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 않은 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적 3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적 4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제9항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적 5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적 6. 「민법」 제450조에 따라 지명채권을 양수한 신용정보제공·이용자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하거나 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적

법률조문	용어 해설
	<p>가. 지명채권의 양도인이 그 지명채권의 원인이 되는 상거래관계가 설정될 당시 법 제32조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받는 것에 대하여 해당 채무자로부터 동의를 받은 경우</p> <p>나. 법 또는 다른 법령에 따라 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받을 수 있는 경우</p> <p>7. 삭제</p> <p>⑪ 법 제32조제6항제11호에서 “대통령령으로 정하는 경우”란 다음 각 호의 경우를 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 장외파생상품 거래의 매매에 따른 위험 관리 및 투자자보호를 위해 장외파생상품 거래와 관련된 정보를 금융위원회, 금융감독원 및 한국은행에 제공하는 경우 2. 「상법」 제719조에 따른 책임보험계약의 제3자에 대한 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우 3. 「상법」 제726조의2에 따른 자동차보험계약의 제3자의 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우 <p>⑫ 신용정보회사등이 법 제32조제7항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 알리는 경우와 같은 항 단서에 따라 불가피한 사유로 인하여 사후에 알리거나 공시하는 경우에 그 제공의 이유 및 그 알리거나 공시하는 자별로 알리거나 공시하는 시기 및 방법은 별표 2의2와 같다.</p> <p>⑬ 법 제32조제8항에서 “대통령령으로 정하는 자”란 제2조제6항제7호가목부터 허목까지의 자를 말한다.</p> <p>⑭ 법 제32조제8항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다.</p>
<p>[개인정보보호법 제15조(개인정보의 수집·이용)]</p>	<p>① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

법률조문	용어 해설
	<p>불가피한 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 제3자의 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. <p>② 개인정보처리자는 제1항 제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>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.</p>
<p>[개인정보보호법 제17조(개인정보의 제공)]</p>	<p>① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정보주체의 동의를 받은 경우 2. 제15조제1항제2호·제3호·제5호 및 제39조의3제2항제2호·제3호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우 <p>② 개인정보처리자는 제1항 제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느</p>

법률조문	용어 해설
	<p>하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>③ 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.</p> <p>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.</p>
<p>[개인정보보호법 제22조(동의를 받는 방법)]</p>	<p>① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제6항에 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.</p> <p>② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래기본법」 제2조제1호에 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.</p> <p>③ 개인정보처리자는 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제23조제1항제1호 및 제24조제1항제1호에 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.</p>

법률조문	용어 해설
	<p>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.</p> <p>⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 제3항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제4항 및 제18조제2항제1호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.</p> <p>⑥ 개인정보처리자는 만 14세 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.</p> <p>⑦ 제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제6항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.</p>
<p>[개인정보보호법 제23조(민감정보의 처리 제한)]</p>	<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우 2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우 <p>② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.</p>
<p>[개인정보보호법 제24조(고유식별정보의 처리 제한)]</p>	<p>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.</p>

법률조문	용어 해설
	<p>1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우</p> <p>2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우</p> <p>② 삭제</p> <p>③ 개인정보처리자가 제1항 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.</p> <p>④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.</p> <p>⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.</p>
<p>[화재로 인한 재해 보상과 보험가입에 관한 법률 제2조 (정의)]</p>	<p>이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.</p> <p>1. “손해보험회사”란 「보험업법」 제4조에 따른 화재보험업의 허가를 받은 자를 말한다.</p> <p>2. “특약부화재보험”이란 화재로 인한 건물의 손해와 제4조제1항에 따른 손해배상책임을 담보하는 보험을 말한다.</p> <p>3. “특수건물”이란 국유건물·공유건물·교육시설·백화점·시장·의료시설·흥행장·숙박업소·다중이용업소·운수시설·공장·공동주택과 그 밖에 여러 사람이 출입 또는 근무하거나 거주하는 건물로서 화재의 위험이나 건물의 면적 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 건물을 말한다.</p>
<p>[화재로 인한 재해 보상과 보험가입에 관한 법률 시행령 제2조(특수건물)]</p>	<p>① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하 “법”이라 한다) 제2조제3호에서 “대통령령으로 정하는 건물”이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 건물을 말한다.</p> <p>1. 「국유재산법」 제5조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 대통령 관저(官邸)와 특수용도로 사용하는 건물로서 금융위원회가 지정하는 건물을 제외한다.</p> <p>1의2. 「공유재산 및 물품 관리법」 제4조제1항제1호에 따른 부</p>

법률조문	용어 해설
	<p>동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 「한국지방재정공제회법」에 따른 한국지방재정공제회(이하 “한국지방재정공제회”라 한다) 또는 「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 소유의 건물은 제외한다.</p> <p>2. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학원으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물</p> <p>3. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물</p> <p>4. 「관광진흥법」 제3조제1항제2호에 따른 관광숙박업으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물</p> <p>5. 「공중위생관리법」 제2조제1항제2호에 따른 숙박업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물</p> <p>6. 「공연법」 제2조제4호에 따른 공연장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물</p> <p>7. 「방송법」 제2조제2호에 따른 방송사업을 목적으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물</p> <p>8. 「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물</p> <p>9. 「농수산물유통 및 가격안정에 관한 법률」 제2조제2호 및 제6호에 따른 농수산물도매시장 및 민영농수산물도매시장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.</p> <p>10. 다음 각 목의 영업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물</p> <p>가. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제6호에 따른 게임제공업</p> <p>나. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제7호에 따른 인터넷 컴퓨터게임시설제공업</p> <p>다. 「음악산업진흥에 관한 법률」 제2조제13호에 따른 노래</p>

법률조문	용어 해설
	<p>연습장업</p> <p>라. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호가목에 따른 휴게음식점영업</p> <p>마. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호나목에 따른 일반음식점영업</p> <p>바. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호다목에 따른 단란주점영업</p> <p>사. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호라목에 따른 유흥주점영업</p> <p>아. 「식품위생법 시행령」 제21조제9호에 따른 공유주방 운영영업</p> <p>11. 「초·중등교육법」 제2조 및 「고등교육법」 제2조에 따른 학교로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 건물을 제외한다.</p> <p>12. 「주택법 시행령」 제3조제1항에 따른 공동주택으로서 16층 이상의 아파트 및 부속건물. 이 경우 「공동주택관리법」 제2조제1항제10호에 따른 관리주체에 의하여 관리되는 동일한 아파트단지 안에 있는 15층 이하의 아파트를 포함한다.</p> <p>13. 「산업집적활성화 및 공장설립에 관한 법률」 제16조제1항에 따라 등록된 공장으로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물</p> <p>14. 층수가 11층 이상인 건물. 다만, 아파트(제12호에 따른 아파트는 제외한다)·창고 및 모든 층을 주차용도로 사용하는 건물과 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.</p> <p>15. 「공중위생관리법」 제2조제1항제3호에 따른 목욕장업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물</p> <p>16. 「영화 및 비디오물의 진흥에 관한 법률」 제2조제10호에 따른 영화상영관으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물</p>

법률조문	용어 해설
	<p>17. 「도시철도법」 제2조제3호가목에 따른 도시철도의 역사(驛 舎) 및 역 시설로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제 곱미터 이상인 역사 및 역 시설. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보 상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 역사 및 역 시설은 제외한다.</p> <p>18. 「사격 및 사격장 안전관리에 관한 법률」 제5조에 따른 실 내사격장으로 사용하는 건물</p> <p>② 제1항제12호 및 제14호에 따른 건물의 층수 계산방법은 「건축 법 시행령」 제119조제1항제9호에 따르되, 건축물의 옥상부분으 로서 그 용도가 명백한 계단실 또는 물탱크실인 경우에는 층수 로 산입하지 아니하며, 지하층은 이를 층으로 보지 아니한다.</p>
<p>[화재로 인한 재해 보상과 보험가입에 관한 법률 제4조 (특수건물 소유자의 손해배상책임)]</p>	<p>① 특수건물의 소유자는 그 특수건물의 화재로 인하여 다른 사람이 사망하거나 부상을 입었을 때 또는 다른 사람의 재물에 손해가 발생한 때에는 과실이 없는 경우에도 제8조제1항제2호에 따른 보험금액의 범위에서 그 손해를 배상할 책임이 있다. 이 경우 「실화책임에 관한 법률」에도 불구하고 특수건물의 소유자에게 경과실(輕過失)이 있는 경우에도 또한 같다.</p> <p>② 특수건물 소유자의 손해배상책임에 관하여는 이 법에서 규정하 는 것 외에는 「민법」에 따른다.</p>
<p>[화재로 인한 재해 보상과 보험가입에 관한 법률 제8조 (보험금액)]</p>	<p>① 제5조에 따라 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 구분에 따른다.</p> <p>1. 화재보험: 특수건물의 시가(時價)에 해당하는 금액</p> <p>2. 손해배상책임을 담보하는 보험에 해당하는 부분 중 다음 각 목의 구분에 따른 금액</p> <p>가. 사망의 경우: 피해자 1명마다 5천만원 이상으로서 대통령 령으로 정하는 금액</p> <p>나. 부상의 경우: 피해자 1명마다 사망자에 대한 보험금액의 범위에서 대통령령으로 정하는 금액</p> <p>다. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 화재 1건마다 1억원 이 상으로서 국민의 안전 및 특수건물의 화재위험성 등을 고 려하여 대통령령으로 정하는 금액</p> <p>3. 삭제</p> <p>② 제1항제1호에 따른 시가의 결정에 관한 기준은 총리령으로 정한 다.</p>

법률조문	용어 해설
<p>[화재로 인한 재해 보상과 보험가입에 관한 법률 시행령 제5조(보험금액)]</p>	<p>① 법 제8조제1항제2호에 따라 특수건물의 소유자가 가입하여야 하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 기준을 충족하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 사망의 경우: 피해자 1명마다 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다. 2. 부상의 경우: 피해자 1명마다 별표 1에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액 3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체에 생긴 장애(이하 “후유장애”라 한다)의 경우: 피해자 1명마다 별표 2에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액 4. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 사고 1건마다 10억원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액 <p>② 하나의 사고로 제1항제1호부터 제3호까지 중 둘 이상에 해당하게 된 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 보험금을 지급한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 부상당한 피해자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항제1호에 따른 금액과 같은 항 제2호에 따른 금액을 더한 금액 2. 부상당한 피해자에게 후유장애가 생긴 경우: 피해자 1명마다 제1항제2호에 따른 금액과 같은 항 제3호에 따른 금액을 더한 금액 3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액 <p>③ 제1항 각 호에 따른 손해액의 범위는 총리령으로 정한다.</p>
<p>[화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙 제2조(손해액)]</p>	<p>① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」(이하 “영”이라 한다) 제5조제1항제1호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 화재로 인하여 사망한 때의 월급여액이나 월실수입액(月實收入額) 또는 평균임금에 장래의 취업가능 기간을 곱한 금액 2. 남자 평균임금의 100일분에 해당하는 장례비 <p>② 영 제5조제1항제2호에 따른 손해액은 화재로 인하여 신체에 부상을 입은 경우에 그 부상을 치료하는 데에 드는 모든 비용으로</p>

법률조문	용어 해설
	<p>한다.</p> <p>③ 영 제5조제1항제3호에 따른 손해액은 그 장애로 인한 노동력 상실 정도에 따라 피해를 입은 당시의 월급액이나 월실수입액 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱한 금액으로 한다.</p> <p>④ 영 제5조제1항제4호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 화재로 인하여 피해를 입은 당시의 그 물건의 교환가액 또는 필요한 수리를 하거나 이를 대신할 수리비 2. 제1호의 수리로 인하여 수입에 손실이 있는 경우에는 수리기간 중 그 손실액
<p>[화재로 인한 재해 보상과 보험가입에 관한 법률 시행령 제8조(보험금 지급)]</p>	<p>① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체없이 해당 보험금을 지급하여야 한다.</p> <p>② 손해보험회사는 제1항에 따라 보험금을 지급하였을 때에는 지체없이 다음 각호의 사항을 보험계약자에게 통지하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 보험금의 지급청구자와 수령자의 주소 및 성명 2. 청구액과 지급액 3. 피해자의 주소 및 성명
<p>[상법 제657조(보험사고발생의 통지의무)]</p>	<p>① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.</p> <p>② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.</p>
<p>[상법 제732조(15세미만자등에 대한 계약의 금지)]</p>	<p>15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다. 다만, 심신박약자가 보험계약을 체결하거나 제735조의3에 따른 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.</p>
<p>[상법 제735조의3(단체보험)]</p>	<p>① 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 생명보험계약을 체결하는 경우에는 제731조를 적용하지 아니한다.</p> <p>② 제1항의 보험계약이 체결된 때에는 보험자는 보험계약자에 대하여서만 보험증권을 교부한다.</p> <p>③ 제1항의 보험계약에서 보험계약자가 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자를 보험수익자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정하는 경우 외에는 그 피보험자의 제731조제1항에 따른</p>

법률조문	용어 해설
<p>[관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조(공휴일)]</p>	<p>서면 동의를 받아야 한다.</p> <p>관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 일요일 2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날 3. 1월 1일 4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일) 5. 석제 6. 부처님오신날 (음력 4월 8일) 7. 5월 5일 (어린이날) 8. 6월 6일 (현충일) 9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일) 10. 12월 25일 (기독탄신일) 10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일 11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날
<p>[관공서의 공휴일에 관한 규정 제3조(대체공휴일)]</p>	<ol style="list-style-type: none"> ① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다. <ol style="list-style-type: none"> 1. 제2조제2호 또는 제7호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우 2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우 3. 제2조제2호·제4호·제7호 또는 제9호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우 ② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다. ③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.
<p>[장기등 이식에 관한 법률 제4조(정의)]</p>	<p>이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “장기등”이란 사람의 내장이나 그 밖에 손상되거나 정지된 기능을 회복하기 위하여 이식이 필요한 조직으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다. <ol style="list-style-type: none"> 가. 신장·간장·췌장·심장·폐

법률조문	용어 해설
	<p>나. 말초혈(조혈모세포를 이식할 목적으로 채취하는 경우에 한정한다)·골수·안구</p> <p>다. 뼈·피부·근육·신경·혈관 등으로 구성된 복합조직으로서의 손·팔 또는 발·다리</p> <p>라. 제8조제2항제4호에 따라 장기등이식윤리위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 결정·고시한 것</p> <p>마. 그 밖에 사람의 내장 또는 조직 중 기능회복을 위하여 적출·이식할 수 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것</p> <p>2. “장기등기증자”란 다른 사람의 장기등의 기능회복을 위하여 대가 없이 자신의 특정한 장기등을 제공하는 사람으로서 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.</p> <p>3. “장기등기증희망자”란 본인이 장래에 뇌사 또는 사망할 때(말초혈 또는 골수의 경우에는 살아있을 때를 포함한다) 장기등을 기증하겠다는 의사표시를 한 사람으로서 제15조에 따라 등록한 사람을 말한다.</p> <p>4. “장기등이식대기자”란 자신의 장기등의 기능회복을 목적으로 다른 사람의 장기등을 이식받기 위하여 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.</p> <p>5. “살아있는 사람”이란 사람 중에서 뇌사자를 제외한 사람을 말하고, “뇌사자”란 이 법에 따른 뇌사판정기준 및 뇌사판정절차에 따라 뇌 전체의 기능이 되살아날 수 없는 상태로 정지되었다고 판정된 사람을 말한다.</p> <p>6. “가족” 또는 “유족”이란 살아있는 사람·뇌사자 또는 사망한자의 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다. 다만, 14세 미만인 사람은 제외한다.</p> <p>가. 배우자</p> <p>나. 직계비속</p> <p>다. 직계존속</p> <p>라. 형제자매</p> <p>마. 가목부터 라목까지에 해당하는 가족 또는 유족이 없는 경우에는 4촌 이내의 친족</p>
[장기등 이식에 관한 법률 제42조(장기등의 적출·이식비용의 부담 등)]	<p>① 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용은 해당 장기등을 이식받은 사람이 부담한다. 다만, 이식받은 사람이 부담하는 비용에 대하여 다른 법령에서 따로 정하는 경우에는 해당 법령에서 정하는 바에 따른다.</p>

법률조문	용어 해설
	<p>② 제1항에 따른 비용은 「국민건강보험법」에서 정하는 바에 따라 산출한다. 다만, 「국민건강보험법」에서 규정하지 아니한 비용은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 산출한다.</p>
<p>[의료법 제2조(의료인)]</p>	<p>① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다.</p> <p>② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다. 2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다. 3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다. 4. 조산사는 조산(助産)과 임신부 및 신생아에 대한 보건과 양호 지도를 임무로 한다. 5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다. <ol style="list-style-type: none"> 가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호 나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조 다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동 라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도
<p>[의료법 제3조(의료기관)]</p>	<p>① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.</p> <p>② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. <ol style="list-style-type: none"> 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환

법률조문	용어 해설
	<p>자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.</p> <p>가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다) 마. 정신병원 바. 종합병원</p> <p>③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.</p>
<p>[산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장애의 측정)]</p>	<p>① 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역은 별표 4와 같다.</p> <p>② 운동기능장애의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역과 별표 4의 평균 운동기능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동기능영역은 그러하지 아니하다.</p> <p>③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 강직, 오그라듐, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

주요 민원/분쟁 사례 및 유의사항

1. 공통 및 상해 보험

1) 알릴의무 위반 관련

사례 1. S씨는 가입전부터 질병이 있었으나 몇년 동안 보상 청구하지 않으면 괜찮다는 권유로 청약서에 기재하지 않았다가 추후 보상시 불이익이 발생됨을 인지하고 불만 제기

유의하세요~!

계약전 알릴의무는 상법 제 651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무사항으로 보험계약자나 피보험자는 청약시 반드시 보험회사가 질문한 중요한 사항에 대해 서면으로 정확히 알려야만 합니다.



사례 2. P씨는 대수롭지 않은 치료라는 생각으로 가입 전 병원 진료에 대해 알리지 않고 가입하였다가 추후 보상시 면책 안내되어 불만 제기



유의하세요~!

계약전 알릴의무는 상법 제 651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무사항으로 임의 판단으로 누락시에는 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

2) 자필서명 미이행 관련

사례 3. A씨는 지인인 B설계사의 설명을 듣고 남편을 피보험자로 하여 보험 가입을 권하였으나 남편 설득이 여의치 않자 A씨가 피보험자 서명을 대필하여 보험가입하였고 추후 보상시 문제가 될 수 있다는 내용을 인지하고 불만 제기

유의하세요~!

피보험자의 서명 동의를 받지 않으면 보상시 불이익이 있을 수 있으므로, 반드시 피보험자 동의를 받으셔야 합니다.



3) 계약유지 관련

사례 4. K씨는 직업이 변경되어 보험사에 통지하였으나 직업의 위험도가 변경되어 현재 계약의 보험료 및 담보가 변경됨을 안내받고 불만 제기



유의하세요~!

표준약관(상해보험 계약 후 알릴 의무)에 근거하여 직업 급수(위험도)에 따라 보험료의 증액을 청구하거나 계약의 해지 등 가입조건이 변경될 수 있습니다.

2. 배상

1) 일상(가족, 자녀) 생활중 배상책임 관련

사례 5. 피보험자가 차량 뒷좌석에서 하차중 차량문을 열고 내리던 중 옆차량을 파손한 사고로 약관 제 0조 '항공기, 선박, 차량, 총기의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임'은 면책

유의하세요~

차량 하차중 개문발차사고는 자동차를 용법에 맞게 사용중 발생한 사고로 자동차 보험처리 적용 대상에 해당하여 일상생활 중 배상책임에서 보상되지 않습니다.



사례 6. 피보험자(미성년자)가 돌로 차량에 낙서를 하여 차량에 피해를 준 사고

유의하세요~

피보험자의 고의 사고에 해당하여 보상하지 않으나, 판례에 따라 책임무능력자는 사리분별이 안되므로 고의로 보기 힘들다 하여 12세 이하까지는 보상을 하고 있음

3. 화재

1) 화재보험의 도난담보(명기가재) 관련

사례 7. K씨는 화재 및 도난을 보상받고자 보험가입을 하였으나 추후 귀금속 등 귀중품은 명기가재로 등록해야 보상이 가능하다고 내용을 알고 불만 제기

유의하세요~

명기가재란 한점당 300만원 이상 고가의 가재로 보험가입시 해당 내용을 명확하게 서면으로 작성하셔야 하며, 서면으로 작성하지 않을 경우 보상에 문제가 있을 수 있습니다.

2) 화재보험의 화재의 정의 관련

사례 8. 사용하는 열풍기(전열기)에 의해 피보험자의 소파 열변형이 발생한 사례로 약관에서 규정하는 화재의 정의에 대한 분쟁(피보험자는 본건 열변형이 화재라고 주장함)



유의하세요~

약관 해석상 화재는 연소현상이 있어야 하며 열변형은 화재에 해당하지 않습니다.