무배당 메리츠
3대질병보장보험1901

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

개인신용정보 제공 · 이용에 대한 고객 권리 안내문

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

1. 금융서비스의 이용

고객의 개인신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험관련 금융서비스는 제휴회사 등에 대한 정보의 제공·활용 동의 여부와 관계없이 이용할 수 있습니다. 다만, 제3자에 대한 정보의 제공·활용에 동의하지 않으시는 경우에는 제휴·부가서비스, 신상품 서비스 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, 신용조회회사 등으로부터 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 사

안별로 중단 시킬 수 있습니다.(다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 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 처리 결과에 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 해지환급금 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 :
  02-3786-2551 / 서울시 강남구 강남대로 382
- 손해보험협회 개인신용정보보호 담당자 :
  02-3702-8500 / 서울 종로구 종로5길 68, 6층
- 금융감독원 개인신용정보보호 담당자 :
  금융민원센터 1332 / 서울특별시 영등포구 여의대로 38

메리츠금융그룹 고객정보 취급방침

메리츠금융그룹을 아끼고 사랑해 주시는 고객 여러분께 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」제4조제1항 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 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 예탁한 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. 예탁한 금전의 총액
2. 예탁한 증권의 총액
3. 예탁한 증권의 종류별 총액
4. 채무증권의 종류별 총액
5. 수익증권으로서 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의

종류별 총액

6. 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권 보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

이에 따라 메리츠금융그룹은 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(가계당좌거래를 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 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 목에 해당하는 정보

가. 예탁한 금전의 총액
나. 예탁한 증권의 총액
다. 예탁한 증권의 종류별 총액
라. 채무증권의 종류별 총액
마. 수익증권으로서 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의 종류별 총액
바. 예탁한 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, 메리츠종금증권, 메리츠캐피탈, 메리츠자산운용, 메리츠금융서비스, 메리츠부동산자산운용입니다.

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 의무를 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 2

개 이상의 일간지 에 공고하고, 각 영업점(본점 해당 부서 포함) 그리고 각 그룹사 홈페이지 등에 게시하는 등 고객공지 의무에 최선을 다할 것입니다.

⑦ 위법·부당한 방법으로 인해 피해를 입게 된 고객 분을 위해 적정한 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 임직원에 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
메리츠종금증권	고객정보관리인
메리츠캐피탈	고객정보관리인
메리츠자산운용	고객정보관리인
메리츠금융서비스	고객정보관리인
메리츠부동산자산운용	고객정보관리인

보험금 지급절차 안내장

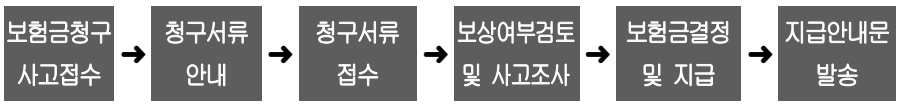
■ 보험금 청구 관련 안내

- 보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 합니다. 단, 피보험자가 미성년자인 경우엔 위임장 없이 친권자(부모) 계좌로 수령이 가능합니다.
- 상기 서류 이외에도 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요할 수 있으며, 이런 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.
- 보험금 청구서류는「보험금 청구서류 안내장」을 참조하기 바랍니다.

■ 보험금 지급절차 안내

- 발송하여 주신 서류가 메리츠화재보험회사에 접수되는 경우 보상처리 담당자가 지정 되며 SMS를 통해 담당자 성명과 연락처가 통보됩니다.
- 서류발송 전 문의사항 및 보상담당 부서, 담당자 연락처 등은 당사 고객콜센터(TEL: 1566-7711)로 문의하시기 바랍니다.
  (상담가능시간: 09시~18시)

[보험금 지급절차]



■ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.
  (손해사정법인: 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대해 인가받은 업체)
- 회사가 손해사정법인을 선임하는 경우 비용은 **메리츠화재보험회사가 부담**하며 가입자가 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 가입자가 부담합니다.

■ 의료심사

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

■ 보험사간 치료비 분담 지급 (비례보상 적용) 등

- 상해 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 **비례보상원칙을 적용**하여 **보험금을 지급**할 수 있습니다.
- 비례보상과 관련하여 귀하가 원하실 경우 보험금 청구를 위해 다른 보험회사에 제출하는 **청구 관련 구비서류 제출을 대행**해드립니다. 이 경우 타회사에 자료제공을 위한 **개인정보 활용에 동의**하셔야 합니다.

■ 보험금 지급 안내 및 심사 절차 조회 방법

- 보험금이 지급되는 경우 사고 접수 시 통보하여 주신 주소로 **보험금지급안내문**이 **발송** 됩니다.
- 메리츠화재보험회사 홈페이지(www.meritzfire.com)에 접속하시면 **계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인**하실 수 있습니다. (공인인증서가 있는 경우에만 홈페이지를 통한 확인이 가능합니다)

■ 장해진단서 제출시 유의 사항

- 장해진단서를 제출 하시는 경우에는 **3차 의료기관에서 진단을 요청**드리며 병원 진단전에 보상담당자와 협의하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
  (3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원)

■ 보험금 청구 소멸시효

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

■ 재심사 청구

- 메리츠화재보험회사의 **보험금 不지급 결정** 및 **보험금 결정액에 동의 하시지 않는 경우** 메리츠화재보험회사 소비자보호센터로 통보하시면 **재심사를 받으실 수 있습니다.**
  - ✓ 인터넷 접수: 홈페이지(www.meritzfire.com)에 접속하여 신청
  - ✓ 우편 접수: 서울시 영등포구 국제금융로 2길 11
    메리츠화재 소비자보호센터
  - ✓ 전화 상담: 1566-7711(ARS 5번 → 재심사청구문의)

안내말씀

귀하께서는 저희 메리츠화재해상보험㈜와 보험계약을 체결하셨습니다.
현대 사회를 살아가면서 발생할 수도 있는 각종 위험에 대비하고, 미래의 풍요로운 삶을 준비하는데 반드시 필요한 경제제도인 손해보험에 가입하신 것을 저희 회사 임직원 모두가 깊이 감사드립니다.

유의사항

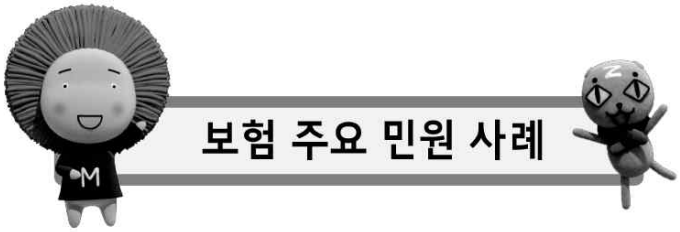
특별약관은 보험 증권에 명기된 것에 한하여 보장됩니다.

보험품질보증제 시행

저희 회사에서는 보험계약시 청약서 자필서명, 약관 및 청약서 부본전달, 상품의 주요내용 설명을 이행하지 아니하였을 경우 계약이 성립한 날로부터 3개월 이내에 이의를 제기하시고 그 사실이 인정되면 납입하신 보험료와 청약일로부터 실제 지급일까지의 경과기간에 대한 보험계약대출이율을 더한 금액을 환불하여 드립니다.

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. 감사합니다.
*전화 : 메리츠화재 민원상담 02-6464-3535(3522)
*홈페이지 : www.meritzfire.com > 초기화면 > 인터넷 고객센터 > 인터넷 민원(접수)



보험 주요 민원 사례

알릴 의무

P씨는 대수롭지 않은 치료라는 생각으로
가입 전 병원 진료에 대해 알리지 않고 가입하였다가
추후 보상시 면책 안내되어 불만 제기

유의 사항

계약전 알릴의무는 상법 제 651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무사항으로
임의 판단으로 누락시에는 보험계약의 해지 또는
보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

자필서명 미이행

A씨는 지인인 B설계사의 설명을 듣고 남편을 피보험자로 하여 보험가입을 원했으나 남편 설득이 여의치 않자 A씨가 피보험자 서명을 대필하여 보험가입하였고 추후 보상시 문제가 될 수 있다는 내용을 인지하고 불만 제기

유의 사항

피보험자의 서면동의를 받지 않으면 보상시 불이익이 있을 수 있으므로, 반드시 피보험자의 동의를 받으셔야 합니다.

주요설명 미이행

P씨는 갱신 담보 보험료 인상에 대한 설명을 듣지 못했는데 과도하게 인상됐다며 불만 제기

유의 사항

갱신형특약의 보험료는 갱신도래시 연령증가, 손해율, 의료수가 상승 등에 따라 일반적으로 증가 할 수 있습니다.
가입 전 고객님께 안내드리는 가입설계서 상의 갱신형특약 예상보험료는 가입시점 기준으로 고객님의 이해를 돕기위한 자료임으로 가입전 참고해 주시기 바랍니다.

계약 유지

K씨는 설계사에게 피보험자 변경을 해달라고 말해놓고 잊고 있었다가 추후 누락된 사실을 인지하고 불만 제기

유의 사항

계약의 변경은 반드시 서면으로 요청하셔야 하며, 변경 내용에 대해 증권 또는 배서승인서 등을 통해 확인하셔야 합니다.

K씨는 직업이 변경되어 보험사에 통지하였으나 직업의 위험도가 변경되어 현재 계약의 보험료 및 담보가 변경됨을 안내받고 불만 제기

유의 사항

표준약관(상해보험 계약 후 알릴의무)에 근거하여 직업 급수(위험도)에 따라 보험료의 증액을 청구하거나 계약의 해지 등 가입조건이 변경될 수 있습니다.

목 차

가입자 유의사항 ····· 19
주요내용 요약서 ····· 22
보험용어 해설 ····· 28

무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관

제1절 일반조항 ····· 33
제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 33
제1조(목적) ····· 33
제2조(용어의 정의) ····· 33

제2관 보험금의 지급 ····· 35
제3조(보험금의 지급사유) ····· 35
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 35
제5조(보험금 지급사유의 통지) ····· 35
제6조(보험금 등의 청구) ····· 35
제7조(보험금의 지급절차) ····· 35
제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항) ····· 37
제9조(만기환급금의 지급) ····· 38
제10조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 38
제11조(주소변경통지) ····· 38
제12조(보험수익자의 지정) ····· 39
제13조(대표자의 지정) ····· 39

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 39
제14조(계약 전 알릴 의무) ····· 39
제15조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 40
제16조(사기에 의한 계약) ····· 41

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 41
제17조(보험계약의 성립) ····· 41
제18조(청약의 철회) ····· 42
제19조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 43
제20조(계약의 무효) ····· 44
제21조(계약내용의 변경 등) ····· 46
제22조(보험나이 등) ····· 47
제23조(계약의 자동갱신) ····· 47
제24조(계약의 소멸) ····· 48

제5관 보험료의 납입 ····· 49
제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 49
제26조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 50
제27조(보험료의 납입면제) ····· 50
제28조(납입면제에 관한 세부규정) ····· 51
제29조(보험료의 자동대출납입) ····· 53
제30조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제) ····· 54
제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 54
제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 55
제33조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) 56

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 57
제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 57
제35조(중대사유로 인한 해지) ····· 57
제36조(회사의 파산선고와 해지) ····· 57
제37조(해지환급금) ····· 58
제38조(보험계약대출) ····· 58
제39조(배당금의 지급) ····· 58
제40조(중도인출) ····· 58

제7관 분쟁의 조정 등 ····· 59
제41조(분쟁의 조정) ····· 59
제42조(관할법원) ····· 59
제43조(소멸시효) ····· 59
제44조(약관의 해석) ····· 60
제45조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력) ····· 60
제46조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경) ····· 60
제47조(회사의 손해배상책임) ····· 61
제48조(개인정보보호) ····· 61
제49조(준거법) ····· 61
제50조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 62

제2절 보장조항 ····· 63
2-1. 암진단비(유사암제외)보장 ····· 63
2-2. 뇌졸중진단비보장 ····· 67
2-3. 급성심근경색증진단비보장 ····· 69

무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 특별약관

Ⅰ. 상해 관련 특별약관 ····· 73
상해 관련 특별약관 일반조항 ····· 73

1. 갱신형 일반상해사망고도후유장해보장 특별약관 ·····78
2. 갱신형 일반상해후유장해보장 특별약관 ·····81
3. 갱신형 일반상해 80%이상후유장해 생활자금보장 특별약관 ·····84
4. 갱신형 일반상해 50%이상후유장해 생활자금보장 특별약관 ·····87
5. 갱신형 골절(치아파절 제외)진단비보장 특별약관 ·····90
6. 갱신형 골절수술비보장 특별약관 ·····92
7. 갱신형 화상진단비보장 특별약관 ·····95
8. 갱신형 화상수술비보장 특별약관 ·····97
9. 갱신형 중증화상및부식진단비보장 특별약관 ·····100
10. 갱신형 상해흉터복원수술비보장 특별약관 ·····102
11. 갱신형 중대한특정상해수술비보장 특별약관 ·····105
12. 갱신형 상해수술비보장 특별약관 ·····108
13. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관 ·····111
14. 갱신형 상해중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관 ·····113
15. 갱신형 상해장애(1~3급)진단비보장 특별약관 ·····116
16. 갱신형 일반상해 80%이상후유장해 보장 특별약관 ·····120
17. 갱신형 일반상해 50%이상후유장해보장 특별약관 ·····123

Ⅱ. 질병 관련 특별약관 ····· 126

1. 갱신형 질병사망보장 특별약관 ·····126
2. 갱신형 질병80%이상후유장해보장 특별약관 ·····128
3. 갱신형 질병 80%이상후유장해 생활자금보장 특별약관 ·····131
4. 갱신형 질병 50%이상후유장해 생활자금보장 특별약관 ·····134
5. 갱신형 암사망보장 특별약관 ·····137
6. 갱신형 뇌졸중사망보장 특별약관 ·····141
7. 갱신형 급성심근경색증사망보장 특별약관 ·····143
8. 갱신형 질병특정고도장해 생활자금보장 특별약관 ·····145
9. 갱신형 암진단비(유사암제외)[매월지급형]보장 특별약관 ·····148
10. 갱신형 뇌졸중진단비[매월지급형]보장 특별약관 ·····154
11. 갱신형 급성심근경색증진단비[매월지급형]보장 특별약관 ·····157
12. 갱신형 암진단비(유사암 및 소액암 제외)보장 특별약관 ·····160
13. 갱신형 16대특정암진단비보장 특별약관 ·····164
14. 갱신형 5대고액치료비암진단비보장 특별약관 ·····168
15. 갱신형 이차암진단비보장 특별약관 ·····172
15-1. 갱신형 이차암진단비(일차암발생자 갱신계약용)보장 특별약관 178
16. 갱신형 뇌출혈진단비보장 특별약관 ·····183
17. 갱신형 말기폐질환진단비보장 특별약관 ·····186
18. 갱신형 말기간경화진단비보장 특별약관 ·····188
19. 갱신형 말기신부전증진단비보장 특별약관 ·····190
20. 갱신형 희귀난치성 7대질환진단비보장 특별약관 ·····192
21. 갱신형 양성뇌종양진단비보장 특별약관 ·····195
22. 갱신형 항암방사선약물치료비보장 특별약관 ·····197
23. 갱신형 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관 ·····202
24. 갱신형 질병중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관 ·····205

25. 갱신형 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상)보장 특별약관209
26. 갱신형 암요양병원입원일당(1일이상 90일한도)보장 특별약관 217
27. 갱신형 암요양병원입원일당(1일이상 60일한도)보장 특별약관 224
28. 갱신형 2대질병입원일당(1일이상)보장 특별약관 ·····231
29. 갱신형 질병수술비보장 특별약관 ·····235
30. 갱신형 암수술비(Ⅰ)보장 특별약관 ·····239
31. 갱신형 암수술비(Ⅱ)보장 특별약관 ·····245
32. 갱신형 암수술비보장 특별약관 ·····251
33. 갱신형 2대질병수술비보장 특별약관 ·····258
34. 갱신형 30대질병수술비보장 특별약관 ·····262
35. 갱신형 재진단암진단비보장 특별약관 ·····267
36. 갱신형 암 한방치료비보장 특별약관 ·····276
37. 뇌졸중 한방치료비보장 특별약관 ·····284
38. 갱신형 급성심근경색증 한방치료비보장 특별약관 ·····289
39. 갱신형 질병수술 한방치료비보장 특별약관 ·····294
40. 갱신형 질병장애(1~3급)진단비보장 특별약관 ·····301
41. 갱신형 질병 50%이상후유장해보장 특별약관 ·····305
42. 갱신형 유사암진단비보장 특별약관 ·····308
43. 갱신형 유사암진단비[매월지급형]보장 특별약관 ·····311

Ⅲ. 상해 및 질병 관련 특별약관 ····· 315

1. 갱신형 적립보험료 납입면제 특별약관 ·····315
2. 갱신형 깁스치료비보장 특별약관 ·····319

Ⅳ. 배상책임 관련 특별약관 ····· 321

1. 갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅱ)보장 특별약관 ·····321

Ⅴ. 비용관련 특별약관 ····· 333

1. 갱신형 민사소송법률비용보장 특별약관 ·····333
2. 갱신형 의료사고법률비용보장 특별약관 ·····341

Ⅵ. 기타 특별약관 ····· 344

특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 ·····344
이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관 ·····347
특별조건부(할증보험료법) 특별약관 ·····350
사망보험금 양육연금전환 특별약관 ·····352
전자서명 특별약관 ·····356
지정대리청구서비스 특별약관 ·····358
보험료 자동납입 특별약관 ·····360
장애인전용보험전환 특별약관 ·····361

Ⅶ. 별표 ····· 366
【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제5항, 제9조 제3항 및 제35조 제2항 관련) ····· 366
【별표2】 장해분류표 ····· 367
【별표3】 악성신생물(암) 분류표 ····· 398
【별표4】 제자리신생물 분류표 ····· 399
【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 400
【별표6】 뇌졸중대상질병 분류표 ····· 401
【별표7】 급성심근경색증대상질병 분류표 ····· 402
【별표8】 골절(치아파절 제외) 분류표 ····· 403
【별표9】 골절 분류표 ····· 404
【별표10】 화상 분류표 ····· 405
【별표11】 중대한 특정상해 분류표 ····· 406
【별표12】 질병특정고도장해 판정기준 ····· 407
【별표13】 16대특정암 분류표 ····· 415
【별표14】 5대고액치료비암 분류표 ····· 417
【별표15】 뇌출혈 분류표 ····· 418
【별표16】 말기폐질환(End Stage Lung Disease) ····· 419
【별표17】 말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis) ····· 420
【별표18】 희귀난치성 7대질환 분류표 ····· 421
【별표19】 30대질병 분류표 ····· 422
【별표20】 기관(organ)분류표 ····· 425
【별표21】 소송목적의 값에 따른 변호사비용 ····· 428
【별표22】 민사소송 등 인지법에 정한 인지액 ····· 429
【별표23】 송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송) ····· 429
【별표24】 장애인의 장애등급표 ····· 430
【별표25】 장애인의 종류 및 기준 ····· 447
【별표26】 장애등급 판정시기 ····· 449
【별표27】 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급 ····· 451
【별표28】 특정부위·질병 분류표 ····· 452
- 【별표28-1】 특정부위 분류표 ····· 452
- 【별표28-2】 특정질병 분류표 ····· 454

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

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

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일, 5대고액치료비암보장개시일, 16대특정암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

○ 배상책임 관련 보장

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

2. 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립부분 적립이율([보장]공시이율)의 변동, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

- 계약일부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 계약일부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

○ 특정질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 뇌졸중, 급성심근경색증 진단/수술일이 계약일부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

○ 수술 관련 보장

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

○ 입원 관련 보장

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

○ 배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

- 비례보상대상 보장 : 갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅱ)

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
  ① 암보장개시일 이후「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
  ②「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우
  ③「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우
  ④ 상해로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
  ⑤ 진단 확정된 질병으로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- 보장보험료 납입면제가 된 경우에 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.
- 보장보험료 납입면제에도 불구하고 계약이 갱신되는 경우에는 갱신계약의 보장보험료를 납입하여야 합니다.

○ 해지환급금에 관한 사항

- 계약의 해지환급금은 보험금 지급이나 계약체결/관리비용 지출 등으로 인하여 납입하신 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약, 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 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.

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. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를

읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(상법 제731조에서 정한 전자문서를 포함합니다) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 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.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 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(배상책임보장 관련)

계약을 체결할 때 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 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

6. 계약의 소멸(신체보장 관련)

이 계약은 피보험자의 사망 등으로 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력이 없습니다.

7. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

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 보상합니다.

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

② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

8. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

9. 중도인출

- 보장개시일부터 2년이상 지난 유효한 계약으로서 계

약자의 요청이 있는 경우에 한하여 보험연도 기준 연 4회에 한하여 중도인출을 할 수 있습니다.

- 중도인출금은 계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 50% 범위 내에서 신청할 수 있습니다. 중도인출금의 총 누적액(중도인출 원금과 이자의 합계액을 말합니다.)은 중도인출금을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 50%를 한도로 합니다. 다만, 이 계약에서 정한 보험계약대출금이 있는 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.
- 중도인출금을 지급받은 경우에는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 책임준비금에서 해당 중도인출금을 차감합니다.

10. 계약 전 · 후 알릴 의무

1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.

- 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
(1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
(2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
(3) 현재의 직업을 그만둔 경우

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 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

- 보험의 목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우, 보험의 목적을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
- 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 경우 또는 변경이 생겼음을 알게 된 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.

3) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알리셔야 합니다.

11. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

12. 보험금의 지급(배상책임보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

13. 대위권

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

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

보험용어 해설

○ **약관**

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ **보험증권**

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ **계약자**

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ **피보험자**

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ **보험수익자**

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ **보험료**

1) 보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 기본계약 보장보험료 및 적립보험료와 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관의 보장보험료의 합계액

① 보장보험료

계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료

② 적립보험료

회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료

2) 적립부분 순보험료

적립보험료에서 계약체결비용, 계약관리비용 및 손해조사비를 공제한 후의 금액

○ **보험금**

피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ **보험기간**

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ **보장개시일**

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ **보험계약일**

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ **보험가입금액**

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

○ **책임준비금**

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

○ **해지환급금**

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

무배당 메리츠 3대질병보장보험1901
보통약관

제1절 일반조항

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 질병에 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

㉠ 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

㉡ 기본계약: 계약자와 회사가 체결한 계약내용 중 보통약관에 해당하는 부분을 말합니다.

㉢ 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

㉣ 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

㉤ 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.

㉥ 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

㉠ 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.

㉡ 장해:【별표2(장해분류표)】에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

㉢ 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.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

㉠ 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1

년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

㉡ 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.5%입니다.

㉢ 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

④ 기간과 날짜 관련 용어

㉠ 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

㉡ 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

㉠ 보험료 : 계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 기본계약 보장보험료 및 적립보험료와 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관 보험료의 합계액을 말합니다.

㉡ 보장보험료 : 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

㉢ 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료를 말합니다.

【보험료】

보험료는 계약자가 계약에 따라 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말하며, 보험료는「보장보험료」와「적립보험료」로 구성되어 있습니다.

또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 위험보험료, 회사가 적립한 금액을 돌려주기 위한 적립부분 순보험료와 부가보험료(회사 운영에 필요한 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비)로 구성됩니다.

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료

보장보험료 = 위험보험료 + 부가보험료

적립보험료 = 적립부분 순보험료 + 부가보험료

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)
이 계약의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
이 계약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5조(보험금 지급사유의 통지)
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제6조(보험금 등의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

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 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(보험금의 지급절차)
1 회사는 제6조(보험금 등의 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 제6조(보험금 등의 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 조사 및 확인이 지연되는 경우
⑥ 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

3 제2항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

4 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.

5 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여【별표1(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 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

7 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항)

1 이 보험의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 계약체결비용 및 계약관리비용을 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 [보장]공시이율로 합니다.

2 [보장]공시이율은 매월 마지막 날(다만, 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 직전의 영업일로 함) 이전에 산출하며, 그 다음달에 한하여 적용합니다.

3 회사는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리수익률을 고려하여 산출된 공시기준이율에 조정률을 반영하여 [보장]공시이율을 결정합니다.

4 [보장]공시이율의 최저보증이율은 연복리 0.3%로 합니다.

5 회사는 제1항 내지 제3항에서 정한 [보장]공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

6 회사는 사업연도가 끝나는 날을 기준으로 1년이상 유지된 계약에 대하여 계약자에게 연1회이상 [보장]공시이율의 변경내역을 통지합니다.

7 세부적인 [보장]공시이율의 운영방법은 회사에서 별도로 정한「[보장]공시이율 적용에 관한 세부지침」을 따릅니다.

【적립부분 적립이율】

적립부분 책임준비금 계산시 적립부분 순보험료에 대한 이자를 계산할 때 적용하는 이율을 말합니다.

【[보장]공시이율】

전통적인 보험상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우 이에 대응하지 못하는 점을 고려하여, 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간마다 변동되는 이율을 말합니다.

【운용자산이익률】

직전 1년간의 운용자산에 대한 투자영업수익과 투자영업비용 등을 고려하여 산출

【외부지표금리】

국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 등을 고려하여 산출

【최저보증이율】
회사의 운용자산이익률 및 외부지표금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 [보장]공시이율에 따라 적립되며 [보장]공시이율이 0.1%인 경우, 적립금은 [보장]공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 적립됩니다.

제9조(만기환급금의 지급)
1 회사는 보험기간이 끝난 때에 만기환급금(중도인출이 있는 경우 중도인출 원금과 이자를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 보험수익자에게 지급합니다.
2 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 따라 제1항에 따른 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.
3 회사는 제1항에 따른 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
4 보험료 납입기간중에 제2조(용어의 정의)에서 정한 적립보험료를 감액하거나 중도인출을 하는 경우 제1항의 만기환급금은 가입시점의 예상금액보다 감소할 수 있습니다.

제10조(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 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제11조(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 대

한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제12조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

> **【법정상속인】**
> 법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말한다.

제13조(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 그 책임을 연대로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조(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)에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

> **【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】**
> 보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하

여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】
계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

2 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 최초계약 체결당시에 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 최초계약을 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 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.

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

5 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

6 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

7 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

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 계약일부터 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 또는 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 평균공시이율+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 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

6 제5항의「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 제32조(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, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문보험계약자】
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의

계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

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.

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 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. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】
전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

2 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 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】
날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다.

3 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 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

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

제20조(계약의 무효)

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

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(상법 제731조에서 정한 전자문서를 포함합니다)에 의한 동의를 얻지 않

은 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.

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 경우에는 계약이 유효합니다.

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.

【상법 제731조(타인의 생명보험)】

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」제2조제2호에 따른 전자서명 또는 제2조제3호에 따른 공인전자서명이 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

【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.

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
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.

【부가설명】
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 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 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.

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

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2019년 4월 14일

⇒ 2019년 4월 14일 - 1988년 10월 2일 = 30년 6월 12일
= 31세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

예시) 계약일 : 2016년 10월 1일 -> 계약해당일 : 10월 1일
계약일 : 2016년 2월 29일 -> 계약해당일 : 2월 말일

제23조(계약의 자동갱신)

1 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 만기되는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 만기되는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다) 만기일이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

④ 갱신전 계약이 소멸되지 않을 것

2 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다) 또는 보통약관 보험종료나이까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

3 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험료율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱

신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.
4 회사는 제1항의 갱신제한 사유 및 제3항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면으로 안내합니다.

제24조(계약의 소멸)

1 제2절 보장조항 2-1. 암진단비(유사암제외)보장 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외) 지급사유, 제2절 보장조항 2-2. 뇌졸중진단비보장 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비 지급사유 및 제2절 보장조항 2-3. 급성심근경색증진단비보장 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 효력이 없습니다.
2 제1항에 따라 이 보장책임의 효력이 없어진 때에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 적립부분의 책임준비금(중도인출이 있는 경우에는 중도인출 원금과 이자를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 계약자에게 지급합니다.
3 피보험자가 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 책임준비금(중도인출이 있는 경우에는 중도인출 원금과 이자를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】
장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

4 제3항의 사망에는 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.

제5관 보험료의 납입

제25조(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.

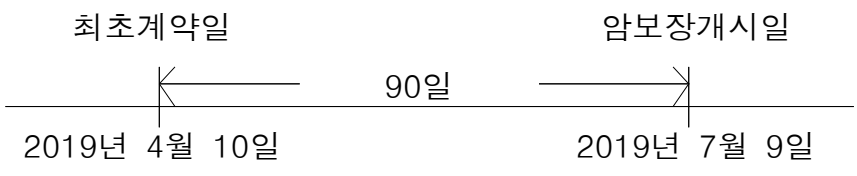
① 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

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, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

4 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 제2절 보장조항 2-1. 암진단비(유사암제외)보장 제2조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한「암(유사암제외)」(이하「암(유사암제외)」라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일에 시작합니다.

【암보장개시일 [예시]】



제26조(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.

제27조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 차회 이후 보장보험료의 납입을 면제합니다.

① 피보험자가 암보장개시일 이후 보험료 납입기간 중에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우

② 피보험자가 보험료 납입기간 중에 제2절 보장조항 2-2. 뇌졸중진단비보장 제2조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)에서 정한「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우

③ 피보험자가 보험료 납입기간 중에 제2절 보장조항 2-3. 급성심근경색증진단비보장 제2조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)에서 정한「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우

④ 피보험자가 보험료 납입기간 중에 상해로【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

⑤ 피보험자가 보험료 납입기간 중에 진단 확정된 질병으로【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

2 회사는 제1항에 따라 보장보험료 납입면제가 된 경우에 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.

3 제1항 내지 제2항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해

지)에 따라 해지될 수 있습니다.
4 제1항 내지 제2항에도 불구하고 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 계약이 갱신이 되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 계약의 보장보험료를 납입하여야합니다.

제28조(납입면제에 관한 세부규정)
1 제27조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에도 불구하고 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된「암(유사암제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제27조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
다만, 청약일부터 암보장개시일 전일 이전에「암(유사암제외)」으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그「암(유사암제외)」으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제27조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니다.
2 제1항의「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
3 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.
4 제27조(보험료의 납입면제) 제1항 제4호 및 제5호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
5 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
6【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의

장해정도에 따라【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제27조(보험료의 납입면제) 제1항의 보험료의 납입면제 사유에 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, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑧ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만,【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만,【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이미 이 계약에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑪ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제27조(보험료의 납입면제) 제1항 제4호 또는 제5호의 후유장해가 발생한 때에는 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

⑫ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

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 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
③ 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제29조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제38조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기

간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험 상품의 해지환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제30조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료(적립부분에 대한 계약자의 갱신요청이 없는 경우에는 보장보험료에 한합니다)를 갱신일까지 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 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제31조(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(음성녹

음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 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(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 해지된 경우에는 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 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 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립), 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

4 부활(효력회복)시「암(유사암제외)」에 대한 보장개시일은 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항의 암보장개시일을 적용합니다.

제33조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 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 승낙합니다.

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.

5 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.
또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처

분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 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 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(중대사유로 인한 해지)

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

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 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 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제36조(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 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제37조(해지환급금)

① 이 약관에 따른 해지환급금은「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다.(갱신형 적립보험료 납입면제 특별약관을 가입하고 적립보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 정상적으로 적립보험료가 납입된 것으로 보고 해지환급금을 계산합니다.)

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제38조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 회사는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제39조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제40조(중도인출)

① 계약자는 보장개시일부터 2년 이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 보험연도 기준 연4회에 한하여 중도인출 할 수 있습니다.

② 제1항의 중도인출금은 계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 50% 범위 내에서 신청할 수 있습니다. 중도인출금의 총 누적액(중도인출 원금과 이자의 합계액을 말합니다.)

은 중도인출금을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 50%를 한도로 합니다. 다만, 이 계약에서 정한 보험계약대출금이 있는 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.

3 제1항의 중도인출금을 지급받은 경우에는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 책임준비금에서 해당 중도인출금을 차감합니다.

【보험연도】

당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어, 계약일이 2019년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년을 말합니다.

【중도인출금의 한도 예시】

계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액이 100만원인 경우 중도인출 가능액은 50만원(100만원의 50%)이며, 보험계약대출금(원금과 이자의 합계가 30만원이라고 가정)이 있는 경우 중도인출 가능액은 20만원(50만원-30만원)입니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제41조(분쟁의 조정)

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

제42조(관할법원)

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

제43조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2019년 4월 1일에 발생하였음에도 2022년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제44조(약관의 해석)
1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
3 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제45조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)
보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제46조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)
1 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우
3 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

4 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
5 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제47조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제48조(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.

제49조(준거법)

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

제50조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

예금자보호제도란 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.

이 계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

예금자보호 한도는 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1명당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

제2절 보장조항

2-1. 암진단비(유사암제외)보장

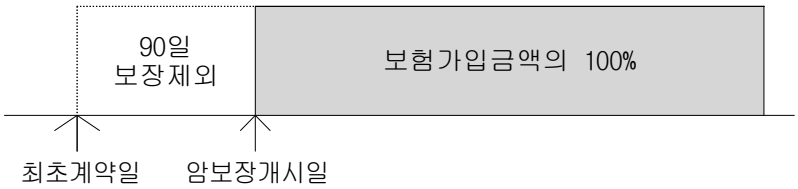
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 제1절 일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일 이후에「암(유사암 및 소액암 제외)」또는「소액암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)로 지급합니다. 다만, 「암(유사암 및 소액암 제외)」과「소액암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 암진단비(유사암 및 소액암 제외)를 지급합니다.

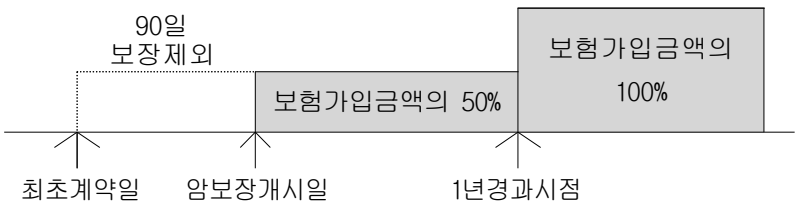
구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암(유사암 및 소액암 제외) 진단시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)	
소액암진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【암진단비(유사암제외)[예시]】

< 암(유사암 및 소액암 제외) >



< 소액암 >



2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)로 지급합니다.

구 분	지급금액
암(유사암 및 소액암 제외) 진단시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
소액암진단시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

3「암(유사암 및 소액암 제외)」진단확정 후「소액암」으로 진단 확정시에는 소액암진단비는 지급하지 않으며,「소액암」으로 진단확정 후「암(유사암 및 소액암 제외)」로 진단 확정시에는 암진단비(유사암 및 소액암 제외)를 지급하지 않습니다.
4 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「암(유사암 및 소액암 제외)」또는「소액암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 암진단비(유사암제외)를 지급합니다.

제2조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어「소액암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 아래의 악성신생물(암)을 말합니다.

대상 질병	분류코드
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 자궁경부의 악성신생물	C53
3. 자궁체부의 악성신생물	C54
4. 전립선의 악성신생물	C61
5. 방광의 악성신생물	C67

2 이 계약에 있어「암(유사암 및 소액암 제외)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 제1항의 「소액암」, C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.
3 이 계약에 있어「암(유사암제외)」이라 함은 「암(유사암 및 소액암 제외)」 및 「소액암」을 총칭합니다.
4「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
5 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불

명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자가 암보장개시일의 전일 이전에「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우

② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보장의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 보장이 소멸된 경우에는 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 보장이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 책임준비금을 지

급합니다.

제6조(준용규정)
이 보장조항에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

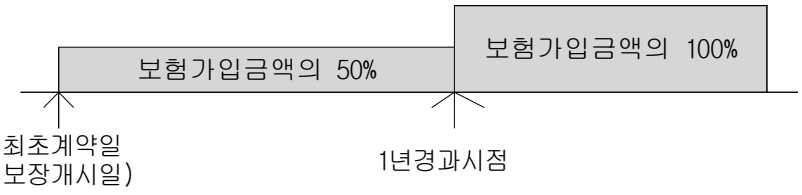
2-2. 뇌졸중진단비보장

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 지급합니다.

구분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌졸중진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【뇌졸중진단비[예시]】



2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
뇌졸중진단시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

3 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 뇌졸중진단비를 지급합니다.

제2조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어「뇌졸중」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로【별표 6(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 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), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층

술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(보장의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 보장이 소멸된 경우에는 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 보장이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 보장조항에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

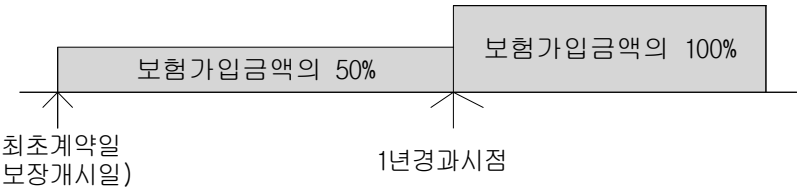
2-3. 급성심근경색증진단비보장

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 지급합니다.

구분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
급성심근경색증 진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【급성심근경색증진단비[예시]】



2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
급성심근경색증진단시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

3 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 급성심근경색증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 급성심근경색증진단비를 지급합니다.

제2조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로【별표7(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 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. 그러나 피보험자가 사망하

여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(보장의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 보장이 소멸된 경우에는 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 보장이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 보장조항에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

무배당 메리츠 3대질병보장보험1901
특별약관

Ⅰ. 상해 관련 특별약관

상해 관련 특별약관 일반조항

제1조(목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금의 지급사유 중 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 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조(상해보험계약 후 알릴 의무)

1 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다

음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경

1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우

2) 직업이 없는 자가 취직한 경우

3) 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 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

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

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

3 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소

된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

【책임준비금】
장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

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 보험료율(이하「변경전 요율」이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험료율(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 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

【중대한 과실】
주의의무의 위반이 현저한 과실, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

제4조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생 여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제3조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

2 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 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 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.

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

5 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제3조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

6 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 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 않

습니다.
8 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제5조(준용규정)

이「상해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

1. 갱신형 일반상해사망고도후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

① 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

② 보험기간 중 상해로【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(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.

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 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호「사망」의 원인 및「사망보험금」지급에 영향을 미치지 않습니다.

3 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

4 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

5【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지

급액을 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

7 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 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, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

9 이미 이 특별약관에서 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.

10 회사는 하나의 상해로 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 및 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금

지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(보험료의 납입면제)
1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은「상해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고,「상해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

2. 갱신형 일반상해후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

① 보험기간 중에 상해로【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

② 보험기간 중에 상해로【별표2(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만,【별표2(장해분류표)】의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만,【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 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,【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 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 상해로 인한 후유장해보험금은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따

라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은「상해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고,「상해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

3. 갱신형 일반상해 80%이상후유장해 생활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 일반상해 80%이상후유장해 생활자금으로 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 생활자금 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 보험금 지급사유 발생해당일이 속하는 달의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
일반상해 80%이상후유장해 생활자금	보험가입금액을 매월 5년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】
보험금 지급사유 발생해당일 : 2019년 1월 31일
⇒ 보험금 지급일 : 2019년 2월 28일

2 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험

금 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 생활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 생활자금에서 이미 지급받은 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해 80%이상후유장해 생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은「상해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고,「상해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

4. 갱신형 일반상해 50%이상후유장해 생활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 일반상해 50%이상후유장해 생활자금으로 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 생활자금 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 보험금 지급사유 발생해당일이 속하는 달의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
일반상해 50%이상후유장해 생활자금	보험가입금액을 매월 5년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】
보험금 지급사유 발생해당일 : 2019년 1월 31일
⇒ 보험금 지급일 : 2019년 2월 28일

② 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험

금 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만,【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 생활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 생활자금에서 이미 지급받은 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만,【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해 50%이상후유장해 생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은「상해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고,「상해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

5. 갱신형 골절(치아파절 제외)진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로【별표8(골절(치아파절 제외) 분류표)】에서 정하는 골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절 제외)진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해로 2가지 이상의 골절(치아파절 제외) 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 「상해 관련 특별약관 일반조항」제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 그 원인의 직간접을 묻지 않고 치아파절손해 또는 치아파절이 원인이 되어 발생한 손해는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아파절 제외)이 치아파절과 동시에 발생한 경우는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는

「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은「상해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고,「상해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

6. 갱신형 골절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써【별표9(골절 분류표)】에서 정하는 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 매 사고시마다 골절수술비를 지급합니다. 다만, 하나의 상해로 두 종류 이상의 골절 수술을 받거나 같은 종류의 골절수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 골절수술비만을 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 「상해 관련 특별약관 일반조항」제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)

② 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따

라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은「상해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고,「상해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

7. 갱신형 화상진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로【별표10(화상 분류표)】에서 정하는 화상으로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 지급합니다.

② 제1항의 화상이라 함은【별표10(화상 분류표)】에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 사고로 2가지 이상의 화상 상태인 경우에는 1회에 한하여 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(보험료의 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은「상해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고,「상해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

8. 갱신형 화상수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로【별표10(화상 분류표)】에서 정하는 화상을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 지급합니다.

② 제1항의 화상이라 함은【별표10(화상 분류표)】에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 매 사고시마다 화상수술비를 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 수술을 받거나 같은 종류의 화상수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 화상수술비만을 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는「상해 관련 특별약관 일반조항」제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)

② 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따

라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은「상해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고,「상해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

9. 갱신형 중증화상및부식진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 중증화상및부식으로 진단확정시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증화상및부식진단비로 지급합니다.

제2조(중증화상및부식진단의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어「중증화상및부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)」이라 함은「9의 법칙(Rule of 9's)」또는「룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)」에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)을 입은 경우를 말합니다. 다만,「9의 법칙」또는「룬드와 브라우더 신체 표면적 차트」측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 이용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

② 「중증화상및부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「중증화상및부식」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

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(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증화상및부식진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은「상해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고,「상해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

10. 갱신형 상해흉터복원수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 치료를 받고 그 직접적인 결과로 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(단, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일부터 2년 경과 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다)을 받은 경우에는 보험수익자에게 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 지급합니다.

구분	안면부	상지・하지
상해흉터복원수술비	수술 1Cm당 14만원	수술 1Cm당 7만원 (단, 3Cm이상의 경우에 한합니다.)

주) 길이측정이 불가한 식피술등의 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 사고에 대하여 500만원을 한도로 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.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우

회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은「상해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고,「상해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

11. 갱신형 중대한특정상해수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로「개두(開頭)수술」,「개흉(開胸)수술」또는「개복(開腹)수술」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한특정상해수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 사고로 인하여 중대한특정상해수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 중대한특정상해수술비만을 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(중대한특정상해수술 보장의 정의 및 진단 확정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서「뇌손상」이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 손상(【별표11(중대한특정상해 분류표)】참조)을 입은 경우를 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서「내장손상」이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표11(중대한 특정상해 분류표)】참조)을 입은 경우를 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서「개두(開頭)수술」,「개흉(開胸)수술」,「개복(開腹)수술」이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은

「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」, 「개복(開腹)수술」로 보지 않습니다.

① 「개두(開頭)수술」이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.

② 「개흉(開胸)수술」이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.

③ 「개복(開腹)수술」이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

4 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

5 제4항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

6 제4항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한특정상해수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)
1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은「상해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고,「상해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

12. 갱신형 상해수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 상해수술비는 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 하나의 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 「상해 관련 특별약관 일반조항」제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
2 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 상해수술비를 지급하지 않습니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산
② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
③ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
  ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만,「국민건강보험법」및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
  ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
  ㉢ 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니

다)
㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은「상해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고,「상해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

13. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.

4 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당의 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

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 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)
① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
② 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
③ 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은「상해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고,「상해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

14. 갱신형 상해중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의「중환자실」이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

2 상해중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

3 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

4 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제2항에 따라 상해중환자실입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 상해중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

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 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은「상해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고,「상해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

[의료법 시행규칙 별표4] 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을중환자실 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 10제곱미터 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 70퍼센트이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 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.

15. 갱신형 상해장애(1~3급)진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로「장애인 복지법 시행령」제2조 및「장애인 복지법 시행규칙」제2조(【별표24(장애인의 장애등급표)】참조)의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐성장애, 정신장애, 뇌전증장애 제외)가 발생하고, 1급, 2급 또는 3급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인을 말합니다.【별표25(장애인의 종류 및 기준)】참조)으로 등록되었을 때 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해장애(1~3급)진단비로 지급합니다.

【장애인 복지법 제2조(장애인의 정의 등)】

① "장애인"이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.

② 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다.

1. "신체적 장애"란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다.
2. "정신적 장애"란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.

【장애인 복지법 시행령 제2조(장애인의 종류 및 기준)】

① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 자를 말한다.

② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다.

【장애인 복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등)】

① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애인의 장애등급은 별표 1과 같다.

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애등급의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 상해발생일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기 (【별표26(장애등급 판정시기)】 참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해발생일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

2 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급 (【별표27(중복장애 합산시 상향조정된 장애등급)】 참조)에 해당되는 보험금을 지급합니다.

3 제1조(보험금의 지급사유)에 따른「장애등급의 판정기준」(이하「장애등급 판정기준」이라 합니다)이「장애인복지법」및「장애인복지법 시행규칙(이하「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.

4 제3항에도 불구하고「법령」의 개정으로「장애등급 판정기준」이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애등급 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한「장애등급 판정기준」에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 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 지급사유로 인한

경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 피보험자의 선천적 기형, 선천적 질환 및 이에 근거한 상병
⑥ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금의 지급사유 중 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 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 장애인 등록증
③ 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
⑤ 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에 한합니다)
⑥ 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

3 제1항 제2호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.

4 제1항 제5호의 장애인등급결정서는 장애인복지법 시행규

칙 제3조(장애인의 등록신청 및 장애진단), 제6조(장애등급 조정), 제7조(장애상태 확인)에 의한 장애등급 심사규정 제12조(심사결과 및 통지) 제2항에 의해 발급한 것으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해장애(1~3급)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은「상해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고,「상해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

16. 갱신형 일반상해 80%이상후유장해 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액 전액을 일반상해 80%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만,【별표2(장

해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 보험금에서 이미 지급받은 보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)
1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해80%이상후유장해 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(보험료의 납입면제)
1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으

며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은「상해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고,「상해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

17. 갱신형 일반상해 50%이상후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액 전액을 일반상해 50%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만,【별표2(장

해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 보험금에서 이미 지급받은 보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)
1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해 50%이상후유장해 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(보험료의 납입면제)
1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으

며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은「상해 관련 특별약관 일반조항」을 따르고,「상해 관련 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

Ⅱ. 질병 관련 특별약관

1. 갱신형 질병사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간중 질병으로 인하여 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 질병사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(보험료의 납입면제)

[1] 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

[2] 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

[3] 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

2. 갱신형 질병80%이상후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병으로【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 질병80%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만,【별표2

(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상후유장해 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서

정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 추가특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

3. 갱신형 질병 80%이상후유장해 생활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병으로【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 질병 80%이상후유장해 생활자금으로 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 생활자금 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 보험금 지급사유 발생해당일이 속하는 달의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
질병 80%이상후유장해 생활자금	보험가입금액을 매월 5년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】
보험금 지급사유 발생해당일 : 2019년 1월 31일
⇒ 보험금 지급일 : 2019년 2월 28일

2 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 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 생활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 생활자금에서 이미 지급받은 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.

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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(특별약관의 소멸)

1제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병 80%이상후유장해 생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 추가특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

4. 갱신형 질병 50%이상후유장해 생활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 질병 50%이상후유장해 생활자금으로 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 생활자금 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 보험금 지급사유 발생해당일이 속하는 달의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
질병 50%이상후유장해 생활자금	보험가입금액을 매월 5년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】
보험금 지급사유 발생해당일 : 2019년 1월 31일
⇒ 보험금 지급일 : 2019년 2월 28일

2 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 생활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 생활자금에서 이미 지급받은 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.

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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병 50%이상후유장해 생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

5. 갱신형 암사망보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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 특별약관이 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 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

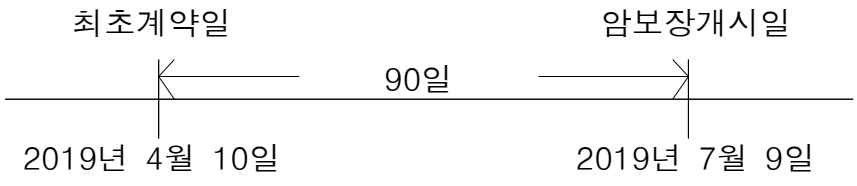
① 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제1절 일반조항 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하 「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일에 시작합니다.

【암보장개시일[예시]】



제2조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험증권에 기재된 피보험자에게 이 특별약관의 암보장개시일 이후에「암」으로 진단확정되거나 보장개시일 이후에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 인하여 사망한 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 암사망보험금으로 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유)「사망」의 원인 및「사망보험금」지급에 영향을 미치지 않습니다.

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant

potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.
2 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
3 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
4「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」및「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
5 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.

제5조(특별약관의 무효)
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우
② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)
1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암사망보험금 지급

사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입면제)
1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 보장개시일 및 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

6. 갱신형 뇌졸중사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간중 진단확정된 뇌졸중으로 인하여 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 뇌졸중사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌졸중으로 분류되는 질병(【별표6(뇌졸중대상질병 분류표)】 참조)을 말합니다.

2 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 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. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

7. 갱신형 급성심근경색증사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간중 진단확정된 급성심근경색증으로 인하여 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 급성심근경색증사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표7(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼

수 있습니다.

① 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증사망 보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

8. 갱신형 질병특정고도장해 생활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병을 직접적인 원인으로 아래의 어느 한가지 경우에 해당된 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 질병특정고도장해 생활자금으로 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 생활자금 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 보험금 지급사유 발생해당일이 속하는 달의 마지막 날에 지급합니다. 또한, 어떠한 경우에도 질병특정고도장해 생활자금은 중복하여 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어【별표12(질병특정고도장해 판정기준)】에서 정한 장해상태(이하「질병특정고도장해」라 합니다)가 되었을 경우

② 피보험자가 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애 중 하나 이상의 장애가 발생하고「장애인복지법 시행령」제2조 및「장애인복지법 시행규칙」제2조에서 정한 1급 또는 2급의 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인을 말합니다. 이하 같습니다)으로 등록되었을 경우

구 분	지급금액
질병특정고도장해 생활자금	보험가입금액을 매월 5년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급일 예시】
보험금 지급사유 발생해당일 : 2019년 1월 31일
⇒ 보험금 지급일 : 2019년 2월 28일

2 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에 따른「장애등급의 판정기준」(이하「장애등급 판정기준」이라 합니다)이「장애인복지법」및「장애인복지법 시행규칙(이하「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고「법령」의 개정으로「장애등급 판정

기준」이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애등급 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한「장애등급 판정기준」에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

3 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(질병특정고도장해의 정의)

1 이 특별약관에 있어「질병특정고도장해」라 함은【별표12(질병특정고도장해 판정기준)】의 1.에서 정하는 장해상태가 되었을 경우 및【별표12(질병특정고도장해 판정기준)】의 2.~8.에서 정한 장해상태에 해당되어 그 상태가 영구히 지속된다는 의사의 진단확정을 받았을 경우를 말하며, 이 경우 의사의 진단확정은 장해 상태의 원인이 되는 질병의 최초 진단일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후로 합니다.

2 회사는 피보험자의 장해상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 최초 진단일부터 180일이 지난 날의 의사 진단에 기초하여 장해상태를 결정합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 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 지급사유로 인한

경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
2 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 피보험자의 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
② 피보험자의 선천적기형, 선천적질환, 정신질환 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병특정고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

9. 갱신형 암진단비(유사암제외)[매월지급형]보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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 특별약관이 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 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

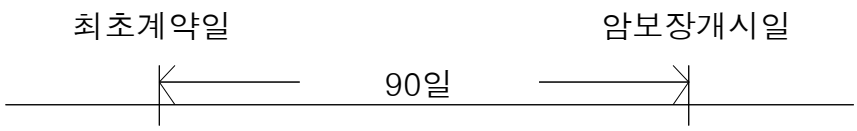
① 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제1절 일반조항 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 제4조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(유사암제외)(이하 「암(유사암제외)」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일에 시작합니다.

【암보장개시일[예시]】



제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 암보장개시일 이후에「암(유사암 및 소액암 제외)」또는「소액암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암 제외)로 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 해당월의 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다. 또한,「암(유사암 및 소액암 제외)」과「소액암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 암진단비(유사암 및 소액암 제외)를 지급합니다.

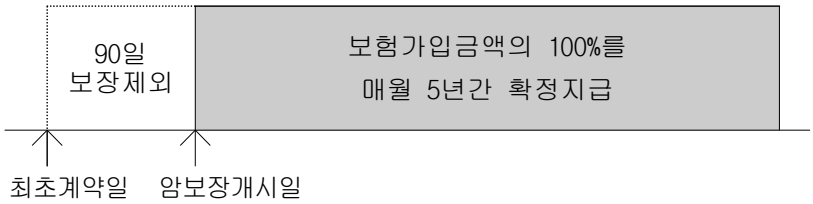
구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암(유사암 및 소액암 제외) 진단시	보험가입금액의 100%를 매월 5년간 확정지급 (단, 최초1회에 한하여 지급)	
소액암진단시	보험가입금액의 50%를 매월 5년간 확정지급 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%를 매월 5년간 확정지급 (단, 최초1회에 한하여 지급)

【보험금 지급예시】(가입금액 10만원)

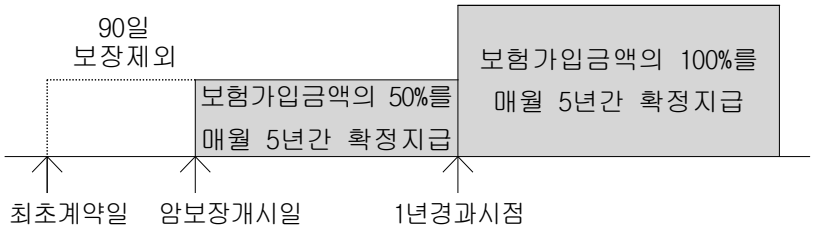
구분	총지급금액	지급기준		1회 지급액
암(유사암 및 소액암 제외) 진단시	600만원	보험가입금액의 100% × 60회		10만원
소액암 진단시	300만원	가입후 1년미만	보험가입금액의 50% × 60회	5만원
	600만원	가입후 1년이상	보험가입금액의 100% × 60회	10만원

【암진단비(유사암제외)[예시]】

< 암(유사암 및 소액암 제외) >



< 소액암 >



2 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)로 지급합니다.

구 분	지급금액
암(유사암 및 소액암 제외) 진단시	보험가입금액의 100%를 매월 5년간 확정지급 (단, 최초1회에 한하여 지급)
소액암진단시	보험가입금액의 100%를 매월 5년간 확정지급 (단, 최초1회에 한하여 지급)

3「암(유사암 및 소액암 제외)」진단확정 후「소액암」으로 진단 확정시에는 소액암진단비는 지급하지 않으며,「소액암」으로 진단확정 후「암(유사암 및 소액암 제외)」로 진단 확정시에는 암진단비(유사암 및 소액암 제외)를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「암(유사암 및 소액암 제외)」또는「소액암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 암진단비(유사암제외)를 지급합니다.

5 제1항 및 제2항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「소액암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 아래의 악성신생물(암)을 말합니다.

대상 질병	분류코드
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 자궁경부의 악성신생물	C53
3. 자궁체부의 악성신생물	C54
4. 전립선의 악성신생물	C61
5. 방광의 악성신생물	C67

2 이 특별약관에 있어「암(유사암 및 소액암 제외)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 제1항의 「소액암」, C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

3 이 특별약관에 있어「암(유사암제외)」이라 함은 「암(유사암 및 소액암 제외)」 및 「소액암」을 총칭합니다.

4「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5 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.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우

② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 보장개시일 및 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

10. 갱신형 뇌졸중진단비[매월지급형]보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

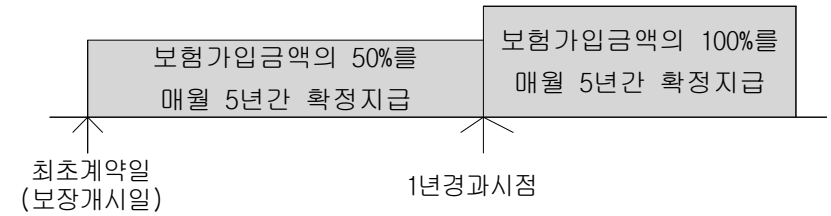
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「뇌졸중」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 해당월의 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌졸중 진단시	보험가입금액의 50%를 매월 5년간 확정지급 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%를 매월 5년간 확정지급 (단, 최초1회에 한하여 지급)

【보험금 지급예시】(가입금액 10만원)

구분	총지급금액	지급기준		1회 지급액
뇌졸중 진단시	300만원	가입후 1년미만	보험가입금액의 50% × 60회	5만원
	600만원	가입후 1년이상	보험가입금액의 100% × 60회	10만원

【뇌졸중진단비[예시]】



2 제1항에도 불구하고 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액
뇌졸중 진단시	보험가입금액의 100%를 매월 5년간 확정지급 (단, 최초1회에 한하여 지급)

3 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 뇌졸중진단비를 지급합니다.

4 제1항 및 제2항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「뇌졸중」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로【별표6(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 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), 뇌혈관조영술, 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(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이

특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

11. 갱신형 급성심근경색증진단비[매월지급형]보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

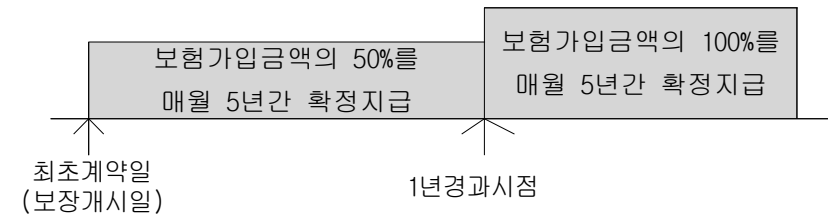
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
급성심근경색증 진단시	보험가입금액의 50%를 매월 5년간 확정지급 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%를 매월 5년간 확정지급 (단, 최초1회에 한하여 지급)

【보험금 지급예시】(가입금액 10만원)

구분	총지급금액	지급기준		1회 지급액
급성심근경색증 진단시	300만원	가입후 1년미만	보험가입금액의 50% × 60회	5만원
	600만원	가입후 1년이상	보험가입금액의 100% × 60회	10만원

【급성심근경색증진단비[예시]】



2 제1항에도 불구하고 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액
급성심근경색증 진단시	보험가입금액의 100%를 매월 5년간 확정지급 (단, 최초1회에 한하여 지급)

3 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 급성심근경색증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 급성심근경색증진단비를 지급합니다.

4 제1항 및 제2항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금

액을 지급합니다.

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로【별표7(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 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. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이

특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

12. 갱신형 암진단비(유사암 및 소액암 제외)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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 특별약관이 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 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

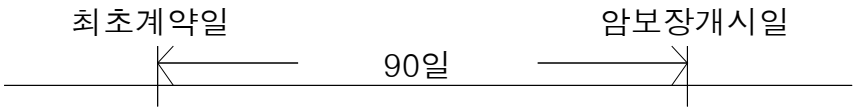
① 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제1절 일반조항 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 제4조(암(유사암 및 소액암 제외)의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(유사암 및 소액암 제외)(이하「암(유사암 및 소액암 제외)」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일에 시작합니다.

【암보장개시일[예시]】

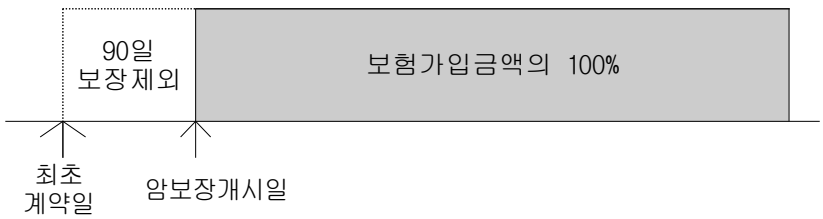


제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 암보장개시일 이후에「암(유사암 및 소액암 제외)」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암 및 소액암 제외)로 지급합니다.

구 분	지급금액
암(유사암 및 소액암 제외) 진단시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【암진단비(유사암 및 소액암 제외)[예시]】



2 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「암(유사암 및 소액암 제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 암진단비(유사암 및 소액암 제외)를 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암(유사암 및 소액암 제외)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암(유사암 및 소액암 제외)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 아래의 악성신생물(암), C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 자궁경부의 악성신생물	C53
3. 자궁체부의 악성신생물	C54
4. 전립선의 악성신생물	C61
5. 방광의 악성신생물	C67

2「암(유사암 및 소액암 제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(유사암 및 소액암 제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암(유사암 및 소액암 제외)」으로 진단확정되는 경우

② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에

미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암 및 소액암 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 보장개시일 및 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

13. 갱신형 16대특정암진단비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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 특별약관이 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 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

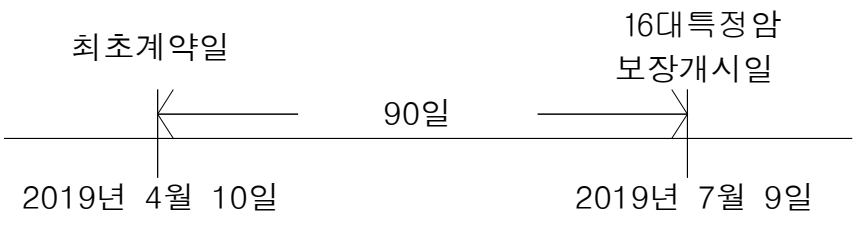
① 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제1절 일반조항 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고「16대특정암」에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「16대특정암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일에 시작합니다.

【16대특정암보장개시일[예시]】

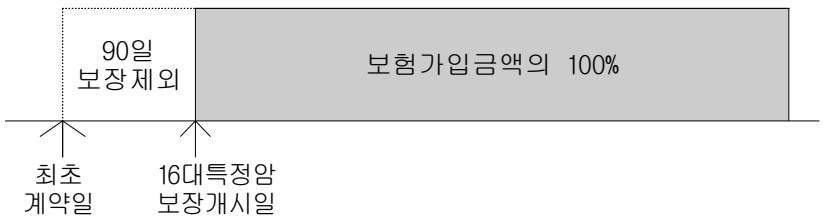


제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 16대특정암보장개시일 이후에「16대특정암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 16대특정암진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
16대특정암 진단시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【16대특정암진단비[예시]】



2 피보험자가 16대특정암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 16대특정암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 16대특정암진단비를 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(16대특정암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「16대특정암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서「16대특정암」으로 분류되는 질병으로【별표13(16대특정암분류표)】에서 정한 식도의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 골 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물, 간 및 간내 담관의 악성신생물, 기관의 악성신생물, 기관지 및 폐의 악성신생물, 흉선의 악성신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물, 중피종, 카포시육종, 후복막 및 복막의 악성신생물, 담낭의 악성신생물, 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물, 소장의 악성신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의분류에서 제외합니다.

2「16대특정암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 16대특정암진단비로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자가 보험계약일부터 16대특정암보장개시일의 전일 이전에「16대특정암」으로 진단확정되는 경우

② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에

는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 16대특정암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 보장개시일 및 16대특정암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

14. 갱신형 5대고액치료비암진단비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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 특별약관이 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 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

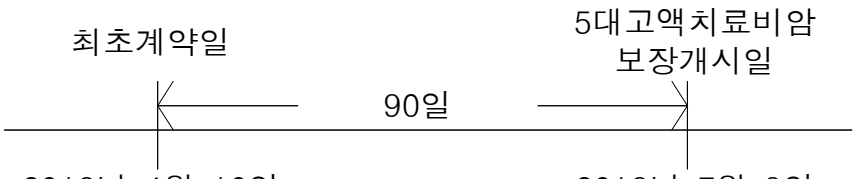
① 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제1절 일반조항 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고「5대고액치료비암」에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「5대고액치료비암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일에 시작합니다.

【5대고액치료비암보장개시일[예시]】

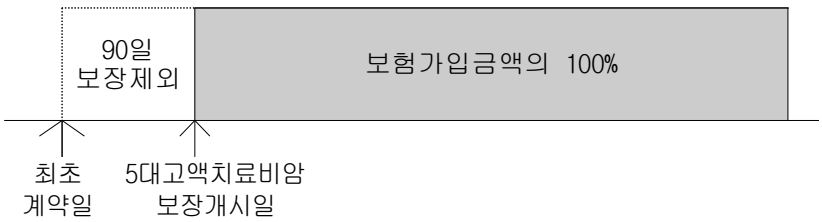


제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 5대고액치료비암보장개시일 이후에「5대고액치료비암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 5대고액치료비암진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
5대고액치료비암 진단시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【5대고액치료비암진단비[예시]】



2 피보험자가 5대고액치료비암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 5대고액치료비암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 5대고액치료비암진단비를 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「5대고액치료비암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서「5대고액치료비암」으로 분류되는 질병으로【별표14(5대고액치료비암분류표)】에서 정한 식도의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 골 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

2「5대고액치료비암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 5대고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자가 보험계약일부터 5대고액치료비암보장개시일의 전일 이전에「5대고액치료비암」으로 진단확정되는 경우

② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대고액치료비암진

단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입면제)
1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 보장개시일 및 5대고액치료비암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

15. 갱신형 이차암진단비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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 특별약관이 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 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

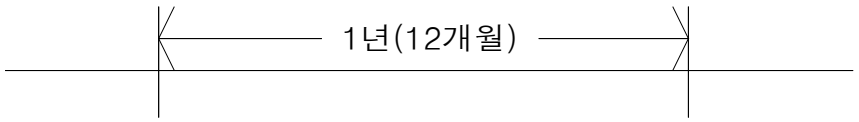
① 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제1절 일반조항 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

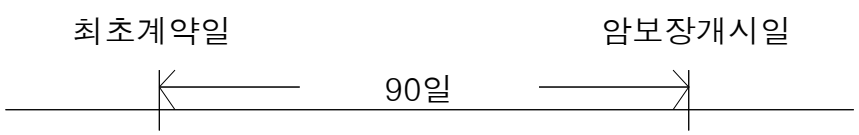
4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「이차암」에 대한 보장개시는「일차암」의 진단확정일부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지난날의 다음날(이하「이차암보장개시일」이라 합니다)로 합니다.

【이차암보장개시일[예시]】



5 제4항에서「일차암」이라 함은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일」이라 합니다) 이후에 진단확정된「암」을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일에 시작합니다.

【암보장개시일[예시]】



제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 이차암보장개시일이후「이차암」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 이차암진단비로 지급합니다.

2 제1항에서「이차암」이라 함은 이차암보장개시일 이후「일차암」으로 진단확정된 기관(organ)(【별표20(기관(organ)분류표】 참조)과 다른 기관(organ)에「원발암」이나「전이암」으로 진단확정된「암」을 말합니다.

3 제2항에서「원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로「일차암」과 다른 조직병리학적 특성(histopath ological appearance)을 가진「암」을 말합니다.

4 제2항에서「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는「암」을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 이차암보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 받았을 경우에 계약자는 진단확정일부터 그 날을 포함하여 90일이내에 이 특별약관을 취소할 수 있으며, 이 경우「일차암」진단확정일 시점의 이 특별약관의 책임준비금을 돌려드립니다. 다만, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

2「일차암」으로 진단확정된 이후 이차암보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그「일차암」으로 인하여 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 이차암보장개시일부터 5년이 지난 이후「일차암」과 동일한 기관(organ)(【별표20(기관(organ)분류표】 참조)에「암」으로 진단확정된 경우에는 이차암으로 간주하여 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보상합니다.

3 제1항에서 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 이차암보장개시일 이전에 진단확정된「암」이 동일한 기관(organ)(【별표20(기관(organ)분류표】 참조)에 재발 또는 전이되어 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의「이차암」진단비 지급사유가 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다. 다만,「일차암」으로 진단확정된 이후 이차암보장개시일 이전에「암」으로 진단확정 받았더라도 이차암보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그「암」으로 인하여 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우 이차암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는「이차암」으로 간주하여 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에 해당하는 보험금을 지급합니다.

【이차암보장 예시】

「일차암」은 입인두암(C10)에서 진단확정되고, 그로부터 1년이후 비인두암(C11)으로 진단확정된 경우에는 동일 기관(organ) 분류이기 때문에「이차암」으로 보상받지 못합니다. 그러나 그 후 비인두암(C11)이 전이되어 입술암(C00)으로 진단확정된 경우에는 다른 기관(organ) 분류이기 때문에「이차암」으로 보상받을 수 있습니다.

4 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

2「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각호에 해당하는 경우는 보장에서 제외합니다.

①「일차암」진단확정일부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지나기전에「이차암」으로 진단확정된 경우

②「일차암」으로 진단확정된 기관(organ)과 같은 기관(organ)에 진단확정된 경우

③「일차암」으로 진단확정된 기관(organ)이 두 개 이상(예:「일차암」이 위(stomach)와 간(liver)에 동시에 진단확정된 경우)인 경우 그 기관(organ)들과 같은기관(organ)들 (예:위 및/또는 간)에만 암이 진단확정된 경우

④「일차암」으로 인하여 '중피성 및 연조직'(【별표20(기관(organ)분류표】 참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우

⑤「일차암」으로 인하여 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계'(【별표20(기관(organ)분류표】 참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우

⑥「일차암」이 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계'(【별표20(기관(organ분류표】 참조)의「암」(예:백혈병, 림프종, 골수종 등)으로 진단확정되고 「암」

이 다시 ‘비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계’의 암으로 진단확정된 경우

제6조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자가 보험계약일부터 일차암보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 이차암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 일차암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

15-1. 갱신형 이차암진단비 (일차암발생자 갱신계약용)보장 특별약관

* 이 특별약관은 일차암 발생자에 한하여 가입가능합니다.

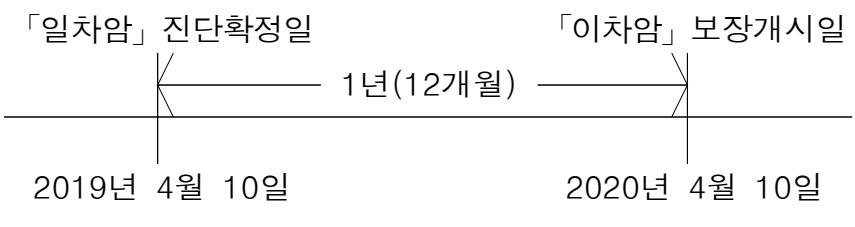
제1조(회사의 보장개시)

① 회사는 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 자동갱신되는 이 특별약관의 갱신일이후부터 이 특별약관에 대한 보장을 합니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「이차암」에 대한 보장개시는「일차암」의 진단확정일부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지난날의 다음날(이하「이차암보장개시일」이라 합니다)로 합니다.

③ 제2항에서 일차암이라 함은 보통약관 제1절 일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일(이하「일차암보장개시일」이라합니다) 이후에 진단확정된「암」을 말합니다.

【이차암보장개시일[예시]】



제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이차암보장개시일이후「이차암」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 이차암진단비로 지급합니다.

② 제1항에서「이차암」이라함은 이차암보장개시일 이후「일차암」으로 진단확정된 기관(organ)(【별표20(기관(organ)분류표)】 참조)과 다른 기관(organ)에「원발암」이나「전이암」으로 진단확정된「암」을 말합니다.

③ 제2항에서「원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로「일차암」과 다른 조직병리학적 특성(histopath ological appearance)을 가진「암」을 말합니다.

④ 제2항에서「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는「암」을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 이차암보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 받았을 경우에 계약자는 진단확정일부터 그 날을 포함하여 90일이내에 이 특별약관을 취소할 수 있으며, 이 경우「일차암」진단확정일 시점의 갱신형 이차암진단비보장 특별약관의 책임준비금을 돌려 드립니다. 다만, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

2「일차암」으로 진단확정된 이후 이차암보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그「일차암」으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 이차암보장개시일부터 5년이 지난 이후「일차암」과 동일한 기관(organ)(【별표20(기관(organ)분류표)】참조)에「암」으로 진단확정된 경우에는 이차암으로 간주하여 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보장합니다.

3 제1항에서 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 이차암보장개시일 이전에 진단확정된「암」이 동일한 기관(organ)(【별표20(기관(organ)분류표)】참조)에 재발 또는 전이되어 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의「이차암」진단비 지급사유가 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다. 다만,「일차암」으로 진단확정된 이후 이차암보장개시일 이전에「암」으로 진단확정 받았더라도 이차암보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그「암」으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우 이차암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는「이차암」으로 간주하여 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에 해당하는 보험금을 지급합니다.

【이차암보장 예시】

「일차암」은 입인두암(C10)에서 진단확정되고, 그로부터 1년이후 비인두암(C11)으로 진단확정된 경우에는 동일 기관(organ) 분류이기 때문에「이차암」으로 보상받지 못합니다. 그러나 그 후 비인두암(C11)이 전이되어 입술암(C00)으로 진단확정된 경우에는 다른 기관(organ) 분류이기 때문에「이차암」으로 보상받을 수 있습니다.

4 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각호에 해당하는 경우는 보장에서 제외합니다.

①「일차암」진단확정일부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지나기전에「이차암」으로 진단확정된 경우

②「일차암」으로 진단확정된 기관(organ)과 같은 기관(organ)에 진단확정된 경우

③「일차암」으로 진단확정된 기관(organ)이 두 개 이상(예:「일차암」이 위(stomach)와 간(liver)에 동시에 진단확정된 경우)인 경우 그 기관(organ)들과 같은기관(organ)들 (예:위 및/또는 간)에만 암이 진단확정된 경우

④「일차암」으로 인하여 '중피성 및 연조직'(【별표20(기관(organ)분류표)】참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우

⑤「일차암」으로 인하여 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계'(【별표20(기관(organ)분류표)】참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우

⑥「일차암」이 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계'(【별표20(기관(organ)분류표)】참조)의 「암」(예:백혈병, 림프종, 골수종 등)으로 진단확정되고「암」이 다시 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계'의 암으로 진단확정된 경우

제5조(암의 정의 및 진단확정)

[1] 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

[2]「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)

또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
3 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제6조(특별약관의 무효)
계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)
1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 이차암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입면제)
1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 일차암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

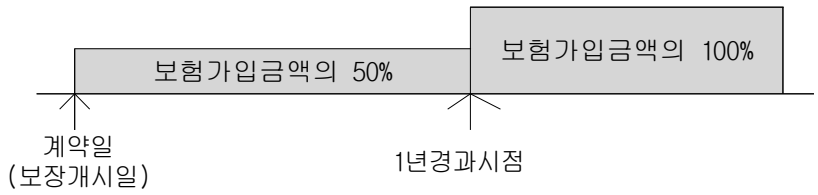
16. 갱신형 뇌출혈진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 뇌출혈로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 뇌출혈진단비로 지급합니다.

구분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌출혈 진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【뇌출혈진단비[예시]】



2 제1항에도 불구하고 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 뇌출혈진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
뇌출혈 진단시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

3 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌출혈로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 뇌출혈진단비를 지급합니다.

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「뇌출혈」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서「뇌출혈」로 분류되는 질병으로【별표15(뇌출혈 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2「뇌출혈」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. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「뇌출혈」로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

17. 갱신형 말기폐질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에【별표16(말기폐질환)】에서 정한「말기폐질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 말기폐질환진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기폐질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 말기폐질환진단비를 지급합니다.

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기폐질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(보험료의 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회

이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

18. 갱신형 말기간경화진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표17(말기간경화)】에서 정한「말기간경화」로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 말기간경화진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기간경화로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 말기간경화진단비를 지급합니다.

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기간경화진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(보험료의 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

19. 갱신형 말기신부전증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「말기신부전증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 말기신부전증진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기신부전증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 말기신부전증진단비를 지급합니다.

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(말기신부전증의 정의 및 진단 확정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성 신장질환(제7차 한국표준질병사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 않습니다.

2「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

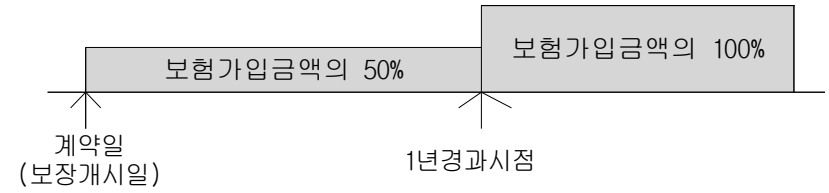
20. 갱신형 희귀난치성 7대질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「희귀난치성 7대질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 희귀난치성 7대질환진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
희귀난치성 7대질환 진단시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【희귀난치성 7대질환진단비[예시]】



2 제1항에도 불구하고 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 희귀난치성 7대질환진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
희귀난치성 7대질환 진단시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)

3 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 희귀난치성 7대질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 희귀난치성 7대질환진단비를 지급합니다.

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원

2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(희귀난치성 7대질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서「희귀난치성 7대질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서「희귀난치성 7대질환」으로 분류되는 질병으로【별표18(희귀난치성 7대질환 분류표)】에서 정한 재생불량성 빈혈, 운동신경세포병, 파킨슨병, 심근질환(I42.4(심내막탄력섬유증) 제외), 모야모야병, 전신홍반루프스, 만성신장병(5기)을 말합니다.

② 제1항의「희귀난치성 7대질환」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, 임상적 증상과 함께 골수검사, 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 근전도검사 및 혈액검사 등 각 질환의 진단적 절차에 따라 시행한 검사 결과를 기초로 하여야 합니다.

③ 제1항의「만성신장병(5기)」은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서「N18.5(만성신장병(5기))」로 분류되는 질병으로 보전요법으로는 치료가 불가능하여 신대체요법(복막투석, 혈액투석 및 신장이식)을 받고 있거나 받은 경우(일시적 투석치료를 받는 경우는 제외)를 말합니다.

【신대체요법】

◦ 복막투석 : 신장 기능이 떨어진 경우 뱃속으로 통하는 관을 삽입하여 투석액을 교환하는 시술
◦ 혈액투석 : 인공 신장기를 이용하여 혈액 속 노폐물 제거, 신체 내 전해질 균형 유지, 과잉 수분을 제거하는 시술
◦ 신장이식 : 정상 기능을 할 수 없는 신장을 대신하기 위해서 다른 사람에게서 기증받은 신장을 심어주는 수술

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 희귀난치성 7대질환 진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서

정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

21. 갱신형 양성뇌종양진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「양성뇌종양」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 양성뇌종양진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「양성뇌종양」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 양성뇌종양진단비를 지급합니다.

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(양성뇌종양의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어「양성뇌종양」이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.

2 제1항의「양성뇌종양」은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 양성뇌종양으로 보지 않습니다.

3「양성뇌종양」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하「의사」라고 합니다)중 신경과의사 또는 신경외과의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화

단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「양성뇌종양」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

22. 갱신형 항암방사선약물치료비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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 특별약관이 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 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

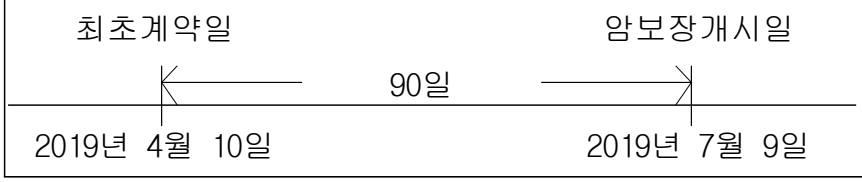
① 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제1절 일반조항 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일에 시작합니다.

【암보장개시일[예시]】



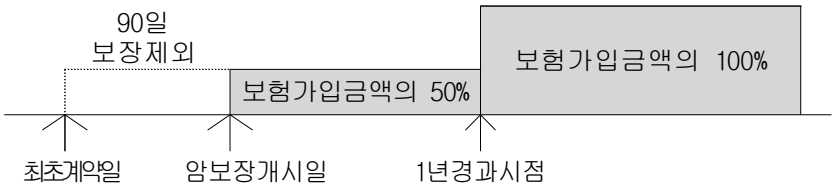
제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 암보장개시일 이후에「암」으로 진단확정되거나 보장개시일 이후에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 지급합니다.

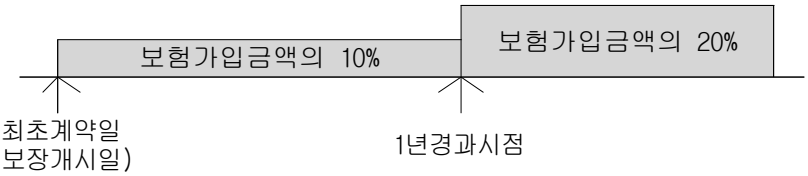
구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 50% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
기타피부암, 갑상선암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 10% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 20% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

【항암방사선약물치료비[예시]】

< 암 >



< 기타피부암 및 갑상선암 >



2 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
기타피부암, 갑상선암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 20% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

3 다만,「암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후「기타피부암」또는「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 기타피부암 항암방사선약물치료비 또는 갑상선암 항암방사선약물치료비는 지급하지 않으며,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후「암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 암 항암방사선약물치료비를 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

2 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

3 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의

악성신생물)로 분류되는 질병 (【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
4 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
5 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(항암방사선·약물치료의 정의)
1 이 특별약관에 있어「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 무효)
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자가 보험 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우
② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의

착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「암」으로 인한 항암방사선약물치료비(「기타피부암」및「갑상선암」으로 인한 항암방사선·약물치료시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 보장개시일 및 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

23. 갱신형 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

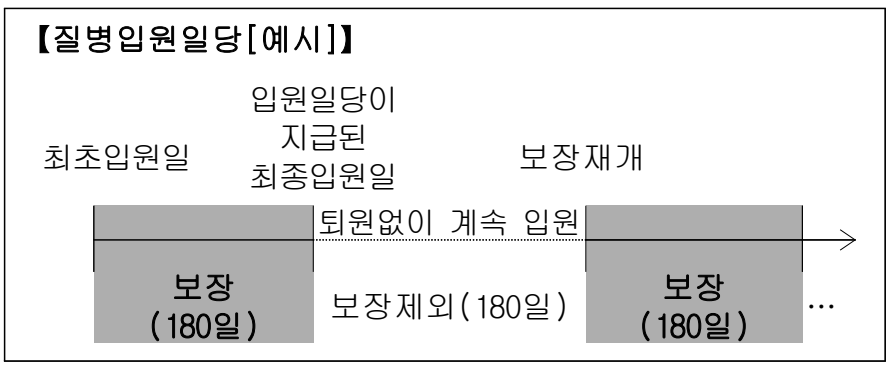
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 제2항에도 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.



④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당을 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험

금 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 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 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)

1 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 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑥ 성병
⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
④ 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

24. 갱신형 질병중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)의 중환자실에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

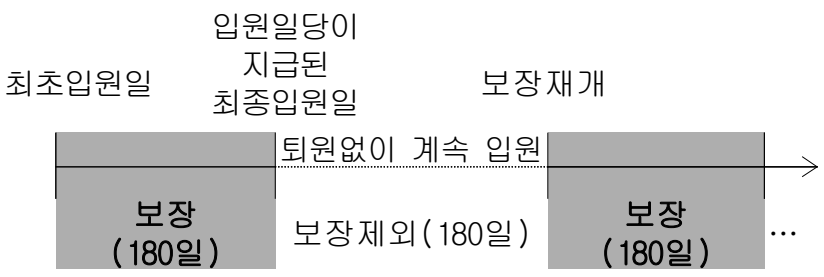
1 제1조(보험금의 지급사유)의「중환자실」이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

2 질병중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

3 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

4 제3항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【질병중환자실입원일당[예시]】



5 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 질병중환자실입원일당을 계속 보상합니다.

6 피보험자가 병원 또는 의원 등을 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 질병중환자실입원일당의 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.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(입원의 정의와 장소)
① 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 질병의 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「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)
① 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 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑥ 성병

⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술

④ 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

25. 갱신형 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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 특별약관이 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 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

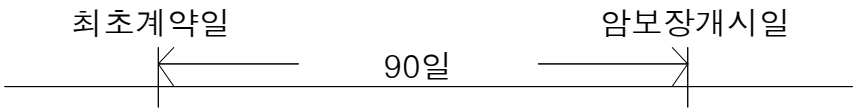
① 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제1절 일반조항 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일에 시작합니다.

【암보장개시일[예시]】



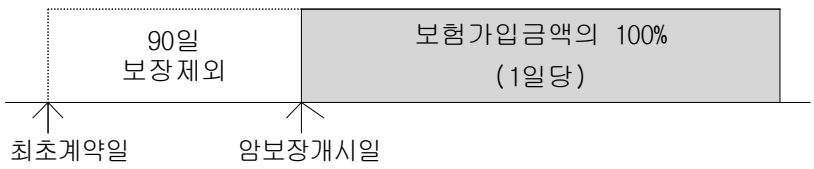
제2조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 암보장개시일 이후에「암」으로 진단확정되거나 보장개시일 이후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원은 포함되며, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제6조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 암직접치료입원일당으로 지급합니다.

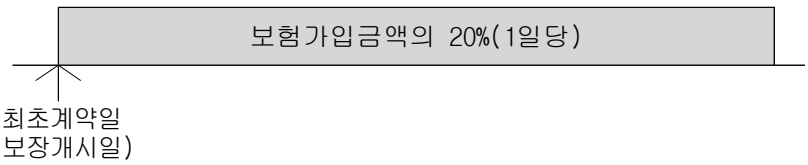
구 분	지급금액
암으로 입원시	1일당 보험가입금액의 100%
제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 입원시	1일당 보험가입금액의 20%

【암직접치료입원일당(1일이상)[예시]】

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

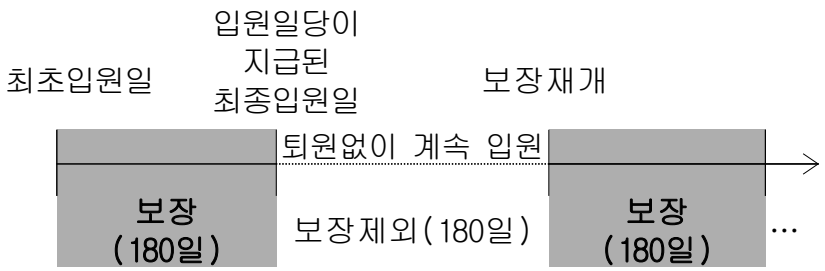
① 암직접치료입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

② 피보험자가 동일한「암 등의 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1

회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고 동일한「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【암직접치료입원일당[예시]】



4 피보험자가「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암직접치료입원일당을 계속 보장합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원(요양병원은 제외됩니다) 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

7 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

2 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

3 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

4 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

5 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병 (【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어「암 등의 질병」이라 함은「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.

7「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 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.

제5조(「암 등의 질병의 직접적인 치료」의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 「암 등의 질병의 직접적인 치료」라 함은 「암 등의 질병」을 제거하거나 「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 말기 암환자에 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 수

개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
가. 암

제6조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사가「암 등의 질병」의 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) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여,「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암 등의 질병」으로 진단된 경우에는「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제7조(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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제8조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제10조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)

일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일 및 제4항의 암보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

26. 갱신형 암요양병원입원일당(1일이상 90일한도)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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 특별약관이 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 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

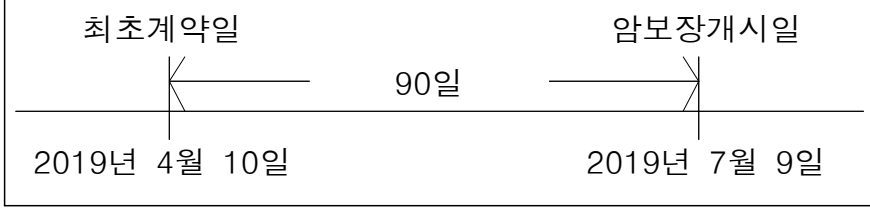
① 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제1절 일반조항 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일에 시작합니다.

【암보장개시일[예시]】



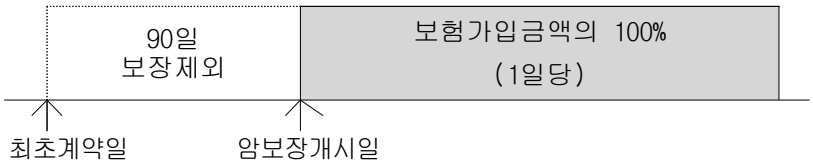
제2조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 암보장개시일 이후에「암」으로 진단확정되거나 보장개시일 이후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 암요양병원입원일당으로 지급합니다.

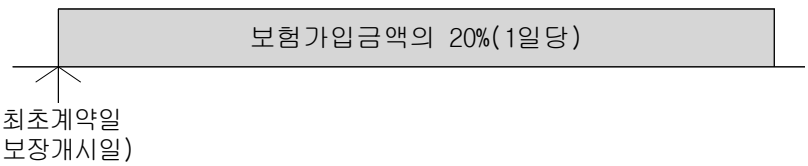
구 분	지급금액
암으로 요양병원에 입원시	1일당 보험가입금액의 100%
제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 요양병원에 입원시	1일당 보험가입금액의 20%

【암요양병원입원일당(1일이상 90일한도)[예시]】

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

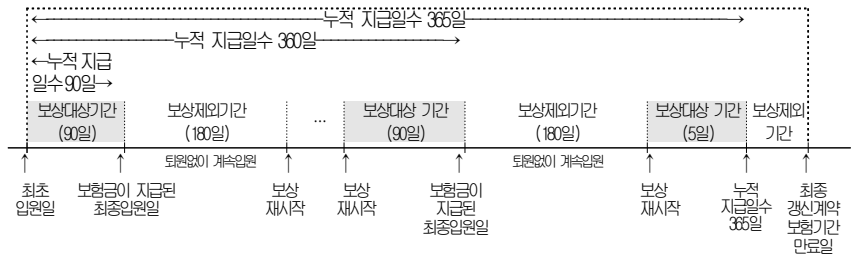
1 암요양병원입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

2 피보험자가 동일한「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 1일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고 동일한「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 제3항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 보장개시일부터 지급된 암요양병원입원일당 보험금의 누적 지급일수(이하 「누적 지급일수」라 합니다)가 365일 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 암요양병원입원일당 보험금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단 받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

【보상기간 예시】



※ 상기 그림의 「…」은 보상대상기간(90일)과 보상제외(180일)가 반복되고 있음을 의미합니다.

5 피보험자가「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암요양병원입원일당을 계속 보장합니다.

6 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

7 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병 (【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어「암 등의 질병」이라 함은「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선

암」을 총칭합니다.
⑦「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 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.

제5조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사가「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조(특별약관의 무효)
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙

전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제9조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일 및 제4항의 암보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

27. 갱신형 암요양병원입원일당(1일이상 60일한도)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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 특별약관이 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 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

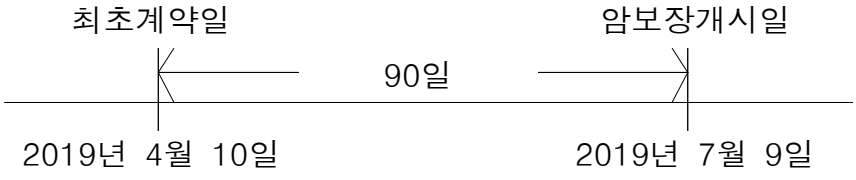
① 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제1절 일반조항 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일에 시작합니다.

【암보장개시일[예시]】



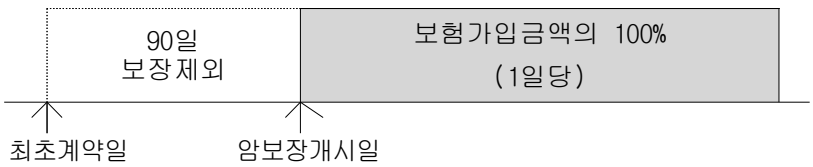
제2조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 암보장개시일 이후에「암」으로 진단확정되거나 보장개시일 이후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 암요양병원입원일당으로 지급합니다.

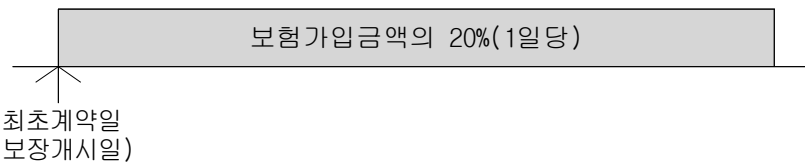
구 분	지급금액
암으로 요양병원에 입원시	1일당 보험가입금액의 100%
제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 요양병원에 입원시	1일당 보험가입금액의 20%

【암요양병원입원일당(1일이상 60일한도)[예시]】

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

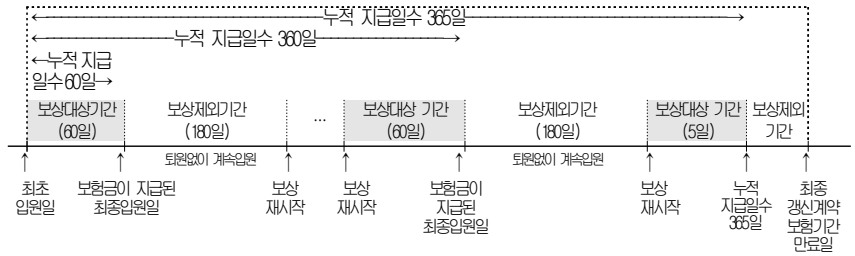
1 암요양병원입원일당의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

2 피보험자가 동일한「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 1일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고 동일한「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 제3항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 보장개시일부터 지급된 암요양병원입원일당 보험금의 누적 지급일수(이하 「누적 지급일수」라 합니다)가 365일 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 암요양병원입원일당 보험금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단 받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

【보상기간 예시】



※ 상기 그림의 「…」은 보상대상기간(60일)과 보상제외(180일)가 반복되고 있음을 의미합니다.

5 피보험자가「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암요양병원입원일당을 계속 보장합니다.

6 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

7 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병 (【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어「암 등의 질병」이라 함은「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 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.

제5조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사가「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조(특별약관의 무효)
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하

지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제9조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일 및 제4항의 암보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

28. 갱신형 2대질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「2대질병」으로 진단확정되고 그「2대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 2대질병입원일당으로 지급합니다.

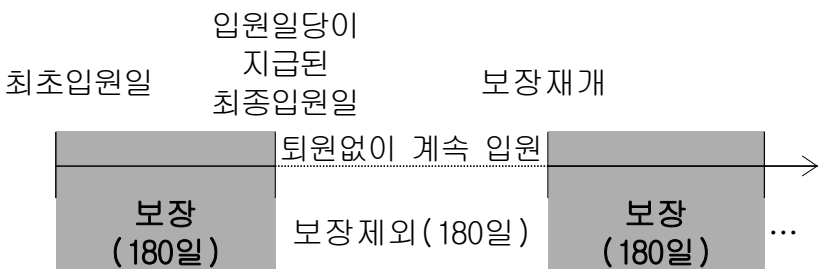
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 2대질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.

2 동일한「2대질병」치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「2대질병」에 대한 입원이라도 2대질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 2대질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 2대질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【2대질병입원일당[예시]】



4 피보험자가「2대질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 2대질병입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「2대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를

따르지 않은 때에는 회사는 2대질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
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.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(2대질병의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관의「2대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서「뇌졸중」및「급성심근경색증」으로 분류되는 질병을 말합니다.
② 제1항에서 정한「뇌졸중」이라 함은【별표6(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 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【별표7(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.
④「2대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 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「2대질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가「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「2대질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며,「2대질병」의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「2대질병」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「2대질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로「2대질병」으로 진단된 경우에는 이는「2대질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(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 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑥ 성병

⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는

「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

29. 갱신형 질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술비는 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 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 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
  ① 정신 및 행동장애(F04~F99)
  ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
  ③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
  ④ 선천성기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)

⑤ 비만(E66)
⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
⑦ 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
① 건강검진, 예방접종, 인공유산
② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
③ 단순한 피로 또는 권태
④ 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
⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(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
⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만,「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
㉢ 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는

이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

30. 갱신형 암수술비(Ⅰ)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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 특별약관이 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 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

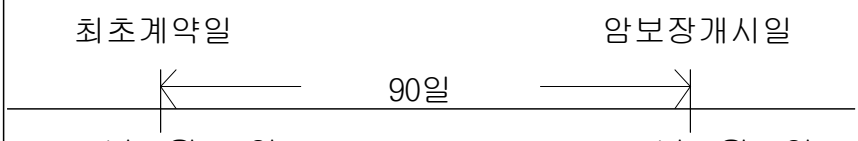
① 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제1절 일반조항 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

4 제1항 및 제3항에도 불구하고 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일에 시작합니다.

【암보장개시일[예시]】



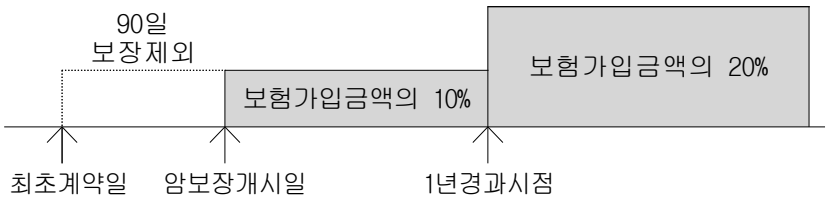
제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 암보장개시일 이후에「암」으로 진단확정되거나 보장개시일 이후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술1회당 아래의 금액을 암수술비(Ⅰ)으로 지급합니다.

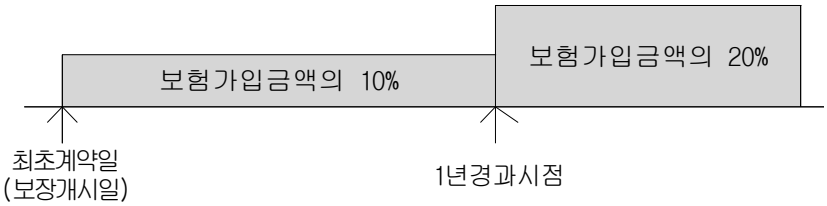
구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 수술시	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%

【암수술비(Ⅰ)[예시]】

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



2 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 암수술비(Ⅰ)로 지급합니다.

구 분	지급금액
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 수술시	보험가입금액의 20%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술비(Ⅰ)이 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

2 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

3 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

4 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

5 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어「암 등의 질병」이라 함은「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.
⑦「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 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)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)
① 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
③ 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제1항의「수술」에서「항암방사선치료」와「항암약물치료」는 제외됩니다.
5 제4항의「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
6 제4항의「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제9조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 보장개시일 및 암보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

31. 갱신형 암수술비(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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 특별약관이 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 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

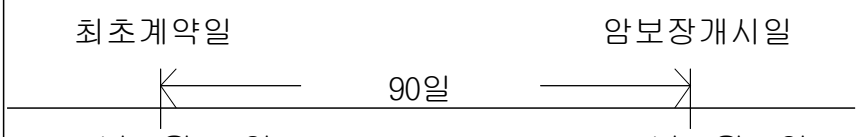
① 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제1절 일반조항 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 제4조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일에 시작합니다.

【암보장개시일[예시]】

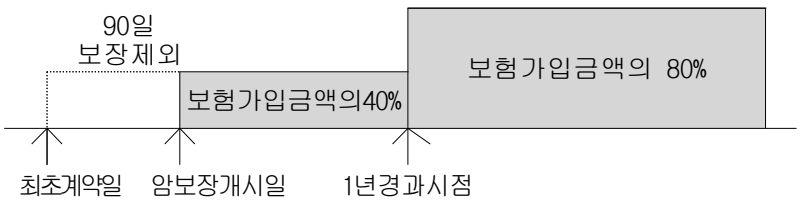


제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 암보장개시일 이후에「암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 암수술비(Ⅱ)로 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 수술시	보험가입금액의 40% (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 80% (단, 최초1회에 한하여 지급)

【암수술비(Ⅱ)[예시]】



2 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 암수술비(Ⅱ)로 지급합니다.

구 분	지급금액
암 수술시	보험가입금액의 80%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술비(Ⅱ)가 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

2「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것

- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제1항의「수술」에서「항암방사선치료」와「항암약물치료」는 제외됩니다.

5 제4항의「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항의「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암수술비(Ⅱ) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제9조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항의 암보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

32. 갱신형 암수술비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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 특별약관이 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 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

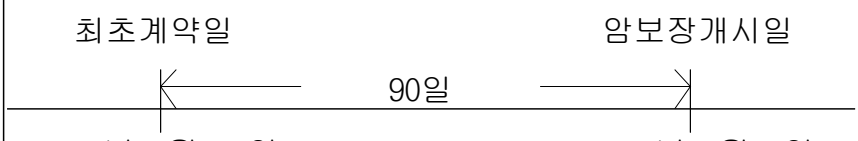
① 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제1절 일반조항 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

4 제1항 및 제3항에도 불구하고 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일에 시작합니다.

【암보장개시일[예시]】



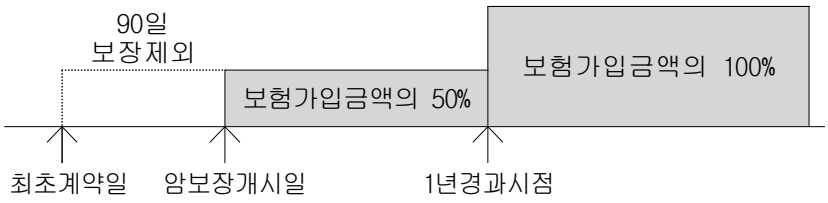
제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 암보장개시일 이후에「암」으로 진단확정되거나 보장개시일 이후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술1회당 아래의 금액을 암수술비로 지급합니다.

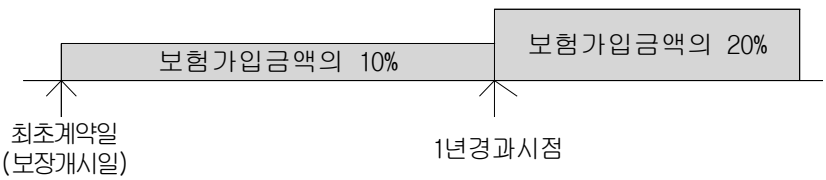
구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 수술시	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%

【암수술비[예시]】

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



2 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 암수술비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암 수술시	보험가입금액의 100%
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 수술시	보험가입금액의 20%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술비가 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

2 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

3 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

4 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라

함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.
5 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
6 이 특별약관에 있어「암 등의 질병」이라 함은「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.
7「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 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)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는

국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제1항의「수술」에서「항암방사선치료」와「항암약물치료」는 제외됩니다.
5 제4항의「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
6 제4항의「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙

전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제9조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 보장개시일 및 암보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

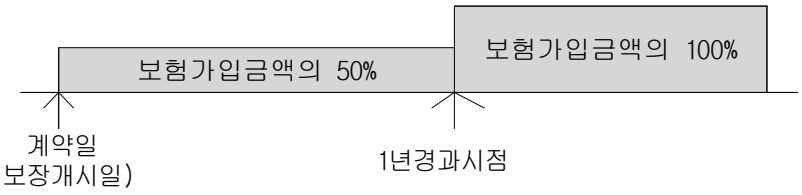
33. 갱신형 2대질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「2대질병」으로 진단확정되고 그「2대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 2대질병수술비로 지급합니다.

구분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
2대질병으로 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【2대질병수술비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 2대질병수술비로 지급합니다.

구분	지급금액
2대질병으로 수술시	보험가입금액의 100%

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(2대질병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관의「2대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서「뇌졸중」및「급성심근경색증」으로 분류되는 질병을 말합니다.

2 제1항에서 정한「뇌졸중」이라 함은【별표6(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 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【별표7(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

4「2대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 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「2대질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제5조(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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보

험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

34. 갱신형 30대질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「30대질병」으로 진단확정되고 그「30대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 30대질병수술비로 지급합니다.

구 분		지급금액	
		가입후 1년미만	가입후 1년이상
A	당뇨병질환, 심장질환, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 신부전, 폐렴, 결핵 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
B	백내장, 녹내장, 황반변성 수술시	보험가입금액의 5%	보험가입금액의 10%
C	담석증, 사타구니 탈장, 편도염, 축농증, 급성상기도감염, 담낭담도질환, 중이의 진주종, 귀경화증, 소화기계통의 양성신생물(D13), 중이· 호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물 수술시	보험가입금액의 5%	보험가입금액의 10%

2 제1항에도 불구하고 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 30대질병수술비로 지급합니다.

구 분		지급금액
A	당뇨병질환, 심장질환, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 신부전, 폐렴, 결핵 수술시	보험가입금액의 100%

구 분		지급금액
B	백내장, 녹내장, 황반변성 수술시	보험가입금액의 10%
C	담석증, 사타구니 탈장, 편도염, 축농증, 급성상기도감염, 담낭담도질환, 중이의 진주종, 귀경화증, 소화기계통의 양성신생물(D13), 중이· 호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물 수술시	보험가입금액의 10%

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제4조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 30대질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(30대질병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관의「30대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 30대질병으로 분류되는 질병으로,【별표19(30대질병 분류표)】에서 정한 당뇨병질환, 심장질환, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 신부전, 폐렴, 결핵, 백내장, 녹내장, 황반변성, 담석증, 사타구니 탈장, 편도염, 축농증, 급성상기도감염, 담낭담도질환, 중이의 진주

종, 귀경화증, 소화기계통의 양성신생물(D13), 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물을 말합니다.

2 「30대질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

2 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

35. 갱신형 재진단암진단비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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 특별약관이 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 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

① 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제1절 일반조항 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

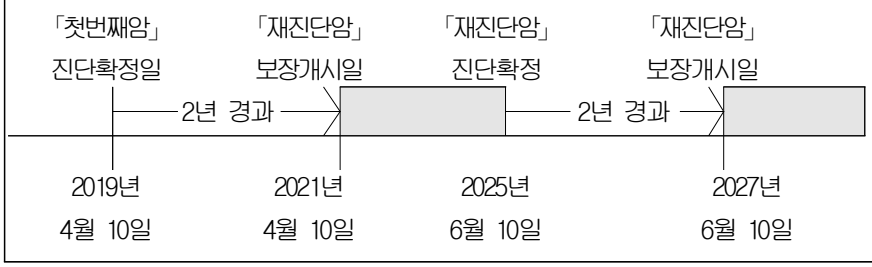
4 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 제5조(재진단암의 정의 및 진단확정)에서 정한 「재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」에 대한 보장개시일(이하「재진단암보장개시일」이라 합니다)은 다음 각 호를 따릅니다.

① 첫 번째「재진단암」 : 첫번째암보장개시일 이후 최초로 발생한 제4조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」(기타피부암, 갑상선암 제외)(이하「첫번째암」이라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여

2년이 지난 날의 다음날

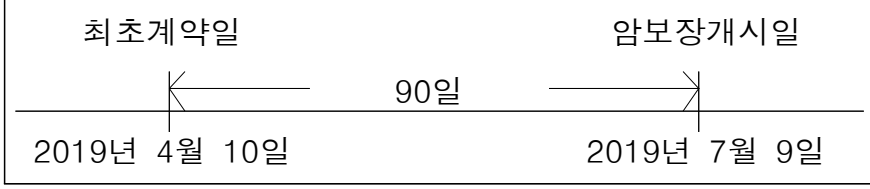
② 두 번째 이후「재진단암」 : 직전「재진단암」 진단확정일부터 그날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

【재진단암보장개시일[예시]】



5「첫번째암보장개시일」이라 함은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일에 시작합니다.

【첫번째암보장개시일[예시]】



제2조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 재진단암보장개시일 이후 제5조(재진단암의 정의 및 진단확정)에서 정한「재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」으로 진단확정된 경우에는 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험가입금액을 재진단암진단비로 지급하여 드립니다.(이하 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」은「재진단암」이라 합니다)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

2 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

3 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

4 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「전립선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

5「암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

6 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.

제5조(재진단암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「재진단암」이란 첫번째암보장개시일 이후「첫번째암」또는「재진단암」진단확정일로부터 2년 경과 후 다음 각 호의「암」에 해당하는 경우를 말합니다. 단, 재진단암이「기타피부암」,「갑상선암」,「전립선암」인 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 새로운 원발암
② 전이암
③ 재발암
④ 잔여암

2 제1항 1호에서「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로「첫번째암」 또는「재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopahthological Appearance)을 가진 「암」(이하「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

3 제1항 2호에서「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

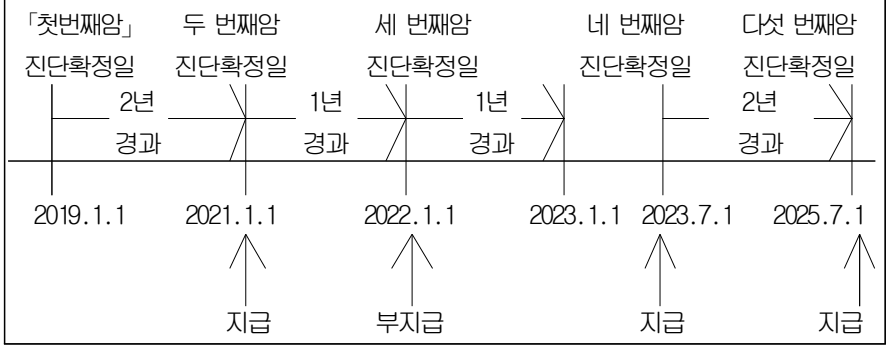
4 제1항 3호에서「재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」이란 「첫번째암」또는 「재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathogical Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」또는 「재진단암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」또는 「재진단암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

5 제1항 4호에서「잔여암」이란「첫번째암」또는「재진단암」에 대한 보장개시일 이후 발생한「암」(「기타피부암」,「갑상선암」,「전립선암」제외) 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

6「재진단암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

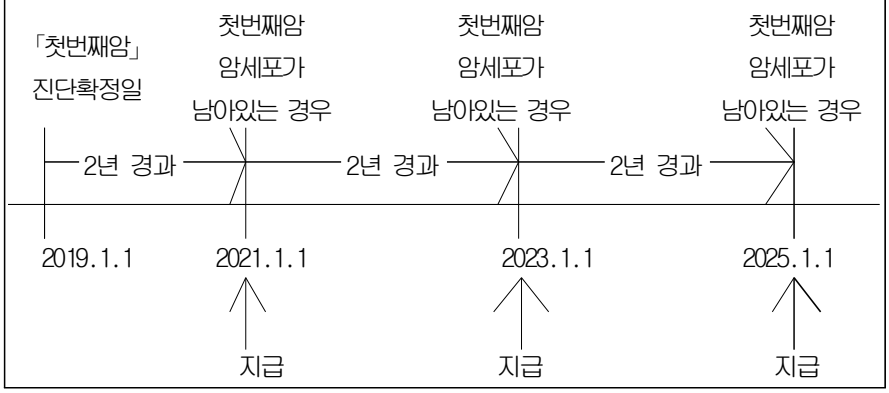
【재진단암진단비 보장예시1】

- 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



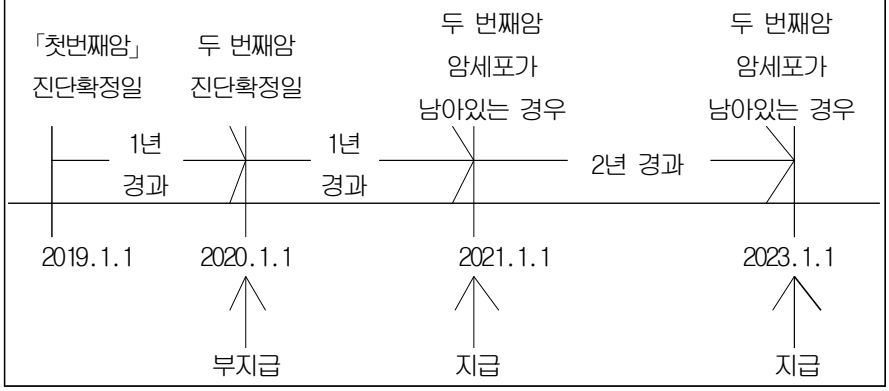
【재진단암진단비 보장예시2】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



【재진단암진단비 보장예시3】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

「재진단암」의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부터 2년 내에 제5조(재진단암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호 내지 제4호의 암(「기타피부암」,「갑상선암」,「전립선암」제외)으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

1「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
2「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조(수술의 정의와 장소)

1 이 약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의

고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자가 보험계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 첫번째암보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

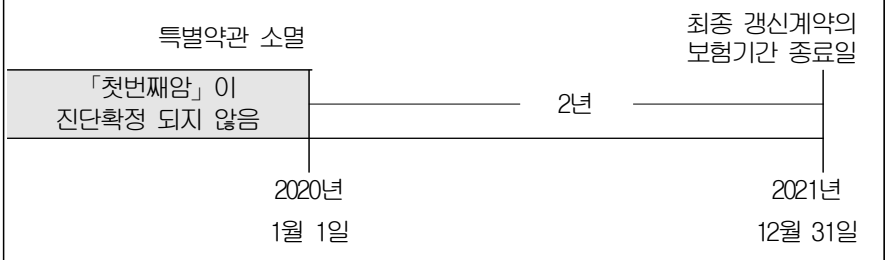
1 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 소멸됩니다. 또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

①「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 최종 갱신된 특별약관의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우

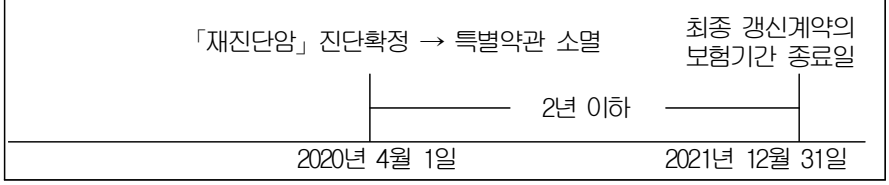
②「재진단암」이 진단확정 되어 재진단암진단비가 지급되고, 최종 갱신된 특별약관의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

【재진단암진단비 소멸 예시】

①「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



②「재진단암」진단확정 시점에 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



2 피보험자가 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

3 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임

준비금을 지급합니다.

제11조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 제13조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 특별약관이 갱신이 되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 재진단암보장개시일 및 첫번째암보장개시일을 적용합니다.

제13조(특별약관의 자동갱신)

1 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 특별약관이 만기되는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 특별약관이 만기되는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 특별약관(이하「갱신특약」이라 합니다) 만기일이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 갱신전 특별약관의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

④ 갱신전 특별약관이 소멸되지 않을 것

2 갱신특약의 보험기간은 갱신전 특별약관의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경

우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.
3 제2항에도 불구하고 피보험자에게 (갱신종료보험나이-2세)까지「첫번째암」이 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료보험나이-2)세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.
4 회사는 갱신특약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험료율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신특약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.
5 회사는 제1항의 갱신제한 사유 및 제4항의 갱신특약 보험료에 대하여 갱신전 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면으로 안내합니다.

제14조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급), 제23조(계약의 자동갱신) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

36. 갱신형 암 한방치료비보장 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 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 특별약관이 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 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

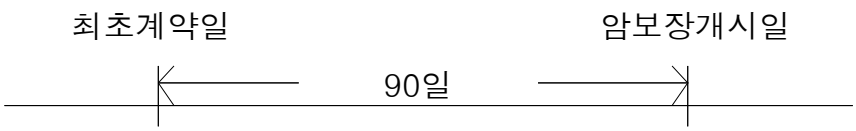
① 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 보통약관 제1절 일반조항 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하「암」이라 합니다)에 대한 회사의 보장은 제1항에서 정한 보장개시일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하「암보장개시일」이라 합니다)에 시작합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일에 시작합니다.

【암보장개시일[예시]】



제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 암보장개시일 이후에「암」으로 진단확정되거나 보장개시일 이후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정을 받은 후 그「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 첩약, 약침 또는 특정한 방물리요법을 이용하였을 때 아래와 같이 보험수익자에게 약정한 보험금을 암 한방치료비로 지급합니다. 다만,「암 등의 질병」은 각 지급사유별로 첩약 3회, 약침 5회, 특정한 방물리요법 5회에 한하여 지급하며,「암 등의 질병」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 암에 한하여 아래의 암 한방치료비를 지급합니다.

구분		지급금액
암	첩약처방비	첩약 1회당 첩약처방 보험가입금액의 100% (단, 최초의「암」에 대하여 3회)
	약침치료비	약침 1회당 약침치료 보험가입금액의 100% (단, 최초의「암」에 대하여 5회)
	특정한방물리요법치료비	특정한방물리요법 1회당 특정한방물리요법치료 보험가입금액의 100% (단, 최초의「암」에 대하여 5회)
제자리암 기타피부암 경계성종양 갑상선암	첩약처방비	첩약처방 1회당 첩약처방 보험가입금액의 50% (단, 각각 최초의「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」,「갑상선암」에 대하여 지급사유별로 3회)
	약침치료비	약침치료 1회당 약침치료 보험가입금액의 50% (단, 각각 최초의「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」,「갑상선암」에 대하여 지급사유별로 5회)

구분		지급금액
제자리암 기타피부암 경계성종양 갑상선암	특정한방 물리요법 치료비	특정한방물리요법 1회당 특정한방물리요법치료 보험가입금액의 50% (단, 각각 최초의「제자리암」, 「기타피부암」,「경계성종양」, 「갑상선암」에 대하여 지급사유별로 5회)

2 다만,「암」진단확정 후「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단 확정시에는 제1항에도 불구하고「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정을 받은 후 그 암의 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하여도 암 한방치료비를 지급하지 않으며,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단 확정후 「암」으로 진단 확정시에는「암」의 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우 암 한방치료비를 지급합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 지급사유)의 첩약처방비(이하「첩약처방비」라 합니다)는 3회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약처방으로 보아 첩약처방비를 적용합니다. 단, 하나의 처방에서 21첩이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩이상인 경우는 3회로 봅니다. 다만, 첩약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1첩에 준하는 분량을 1첩으로 적용합니다.

2 제2조(보험금의 지급사유)의 약침치료비(이하「약침치료비」라 합니다)는 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 약침치료를 받은 경우에는 1회의 약침치료로 보아 약침치료비를 적용합니다.

3 제2조(보험금의 지급사유)의 특정한방물리요법치료비(이하「특정한방물리요법치료비」라 합니다)는 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 치료 목적의 특정한방물리요법치료비를 한도 내에서 계속 보장합니다.
7 보험수익자와 회사가 제2조(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(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.
2 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.
3 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
4 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라

함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.
5 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
6 이 특별약관에 있어「암 등의 질병」이라 함은「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.
7「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 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)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제5조(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 한의

사의 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 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 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제6조(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 첩약처방 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

제7조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하

지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 피보험자가 보험계약일부터 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우

② 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(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.

제9조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 첩약처방비를 3회 모두 지급한 경우(「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」진단확정을 받은 후 그 암의 치료를 목적으로 첩약 이용시 제외)에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장은 소멸됩니다.

2 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 약침치료비를 5회 모두 지급한 경우(「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」진단확정을 받은 후 그 암의 치료를 목적으로 약침 이용시 제외)에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장은 소멸됩니다.

3 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 특정한방물리요법치료비를 5회 모두 지급한 경우(「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」진단확정을 받은 후 그 암의 치료를 목적으로 특정한방물리요법 이용시 제외)에는

최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장은 소멸됩니다.
4 제1항 내지 제3항의 보장이 모두 소멸된 경우에는 해당 특별약관은 소멸됩니다.
5 제1항 내지 제4항에 따라 해당 보장 및 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 해당 보장 및 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
6 제4항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 해당 소멸 사유 발생 직전 유효한 보장에 대하여 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제10조(보험료의 납입면제)
1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 보장개시일 및 제4항의 암보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

37. 뇌졸중 한방치료비보장 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 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 때 아래와 같이 보험수익자에게 약정한 보험금을 뇌졸중 한방치료비로 지급합니다.

구분	지급금액
첩약처방비	첩약 1회당 첩약처방 보험가입금액 (단, 최초의「뇌졸중」에 대하여 3회)
약침치료비	약침 1회당 약침치료 보험가입금액 (단, 최초의「뇌졸중」에 대하여 5회)
특정한방물리요법 치료비	특정한방물리요법 1회당 특정한방물리요법치료 보험가입금액 (단, 최초의「뇌졸중」에 대하여 5회)

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 첩약처방비(이하「첩약처방비」라 합니다)는 3회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약처방으로 보아 첩약처방비를 적용합니다. 단, 하나의 처방에서 21첩이상 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 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(이

하「특정한방물리요법치료비」라 합니다)는 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 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(뇌졸중의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어「뇌졸중」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로【별표6(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 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), 뇌혈관조영술, 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 합

니다.

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 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 불가능

한 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 첩약처방 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(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 첩약처방비를 3회 모두 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장은 소멸됩니다.

2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 약침치료비를 5회 모두 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장은 소멸됩니다.

3 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 특정한방물리요법치료비를 5회 모두 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장은 소멸됩니다.

4 제1항 내지 제3항의 보장이 모두 소멸된 경우에는 해당

특별약관은 소멸됩니다.
5 제1항 내지 제4항에 따라 해당 보장 및 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 해당 보장 및 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
6 제4항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 해당 소멸 사유 발생 직전 유효한 보장에 대하여 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입면제)
1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출) 제외합니다.

38. 갱신형 급성심근경색증 한방치료비보장 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.

구분	지급금액
첩약처방비	첩약 1회당 첩약처방 보험가입금액 (단, 최초의「급성심근경색증」에 대하여 3회)
약침치료비	약침 1회당 약침치료 보험가입금액 (단, 최초의「급성심근경색증」에 대하여 5회)
특정한방물리요법 치료비	특정한방물리요법 1회당 특정한방물리요법치료 보험가입금액 (단, 최초의「급성심근경색증」에 대하여 5회)

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

[1] 제1조(보험금의 지급사유)의 첩약처방비(이하「첩약처방비」라 합니다)는 3회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약처방으로 보아 첩약처방비를 적용합니다. 단, 하나의 처방에서 21첩이상 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 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 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 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(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로【별표7(급성심근경색증대상질병 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(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 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 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 첩약처방 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(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 첩약처방비를 3회 모두 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장은 소멸됩니다.

2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 약침치료비를 5회 모두 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장은 소멸됩니다.

3 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 특정한방물리요법치료비를 5회 모두 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장은 소멸됩니다.

4 제1항 내지 제3항의 보장이 모두 소멸된 경우에는 해당 특별약관은 소멸됩니다.

5 제1항 내지 제4항에 따라 해당 보장 및 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 해당 보장 및 이 특별약관의 해지

환급금을 지급하지 않습니다.
6 제4항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 해당 소멸 사유 발생 직전 유효한 보장에 대하여 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출) 제외합니다.

39. 갱신형 질병수술 한방치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 후 그 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 때 아래와 같이 보험수익자에게 약정한 보험금을 질병수술 후 한방치료비로 지급합니다.

구분	지급금액
첩약처방비	첩약 1회당 첩약처방 보험가입금액 (1사고당 3회한)
약침치료비	약침 1회당 약침치료 보험가입금액 (1사고당 5회한)
특정한방물리요법 치료비	특정한방물리요법 1회당 특정한방물리요법치료 보험가입금액 (1사고당 5회한)

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

[1] 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술 후 한방치료비는 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술 후 한방치료비만 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술 후 한방치료비를 지급합니다.

[2] 제1조(보험금의 지급사유)의 첩약처방비(이하「첩약처방비」라 합니다)는 3회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약처방으로 보아 첩약처방비를 적용합니다. 단, 하나의 처방에서 21첩이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩이상인 경우는 3회로 봅니다. 다만, 첩약이 탕약형태가 아닌

환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1첩에 준하는 분량을 1첩으로 적용합니다.
3 제1조(보험금의 지급사유)의 약침치료비(이하「약침치료비」라 합니다)는 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 약침치료를 받은 경우에는 1회의 약침치료로 보아 약침치료비를 적용합니다.
4 제1조(보험금의 지급사유)의 특정한방물리요법치료비(이하「특정한방물리요법치료비」라 합니다)는 5회를 한도로 하며, 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 2종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받은 경우에는 1회의 특정한방물리요법치료로 보아 특정한방물리요법치료비를 적용합니다.
5 첩약처방비의 경우 피보험자가 보험기간 중 첩약처방비 지급사유가 발생하여 한방 첩약처방을 받던 중 보험기간이 끝난 후에도 동일한 치료 목적의 첩약처방비를 한도 내에서 계속 보장합니다.
6 약침치료비의 경우 피보험자가 보험기간 중 약침치료비 지급사유가 발생하여 한방 약침치료를 받던 중 보험기간이 끝난 후에도 동일한 치료 목적의 약침치료비를 한도 내에서 계속 보장합니다.
7 특정한방물리요법치료비의 경우 피보험자가 보험기간 중 특정한방물리요법치료비 지급사유가 발생하여 특정한방물리요법치료를 받던 중 보험기간이 끝난 후에도 동일한 치료 목적의 특정한방물리요법치료비를 한도 내에서 계속 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.

제3조(수술의 정의와 장소)
1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인, 천자 등의 조치, 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등)은 제외합니다.

【용어의 정의】
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

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 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 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 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 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
2 회사는 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술 한방치료비에 대하여는 보상하지 않습니다.
① 정신 및 행동장애(F04~F99)
② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
④ 선천성기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
⑤ 비만(E66)
⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
⑦ 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술 한방치료비에 대하여는 보상하지 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 단순한 피로 또는 권태
④ 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
⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(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
⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
㉢ 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

4 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 첩약처방 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(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여

야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

40. 갱신형 질병장애(1~3급)진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 회사는 피보험자가 보험기간 중 진단 확정된 질병으로「장애인 복지법 시행령」제2조 및「장애인 복지법 시행규칙」제2조(【별표24(장애인의 장애등급표)】참조)의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐성장애, 정신장애, 뇌전증장애 제외)가 발생하고, 1급, 2급 또는 3급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인을 말합니다.【별표25(장애인의 종류 및 기준)】참조)으로 등록되었을 때 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 보험가입금액을 질병장애(1~3급)진단비로 지급합니다.

【장애인 복지법 제2조(장애인의 정의 등)】

① "장애인"이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.

② 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다.

1. "신체적 장애"란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다.
2. "정신적 장애"란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.

【장애인 복지법 시행령 제2조(장애인의 종류 및 기준)】

① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 자를 말한다.

② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다.

【장애인 복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등)】

① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애인의 장애등급은 별표 1과 같

다.
② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애등급의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기 (【별표26(장애등급 판정시기)】 참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

2 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급 (【별표27(중복장애 합산시 상향조정된 장애등급)】 참조)에 해당되는 보험금을 지급합니다.

3 제1조(보험금의 지급사유)에 따른「장애등급의 판정기준」(이하「장애등급 판정기준」이라 합니다)이「장애인복지법」및「장애인복지법 시행규칙(이하「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.

4 제3항에도 불구하고「법령」의 개정으로「장애등급 판정기준」이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애등급 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한「장애등급 판정기준」에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제3조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 장애인 등록증
③ 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
⑤ 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에

한합니다)

⑥ 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

3 제1항 제2호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.

4 제1항 제5호의 장애인등급결정서는 장애인복지법 시행규칙 제3조(장애인의 등록신청 및 장애진단), 제6조(장애등급 조정), 제7조(장애상태 확인)에 의한 장애등급 심사규정 제12조(심사결과 및 통지) 제2항에 의해 발급한 것으로 합니다.

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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

⑥ 피보험자의 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑦ 피보험자의 선천적기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병장애(1~3급)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서

정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

41. 갱신형 질병 50%이상후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액 전액을 질병 50%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에

는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 보험금에서 이미 지급받은 보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병 50%이상후유장해 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금

을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

42. 갱신형 유사암진단비보장 특별약관

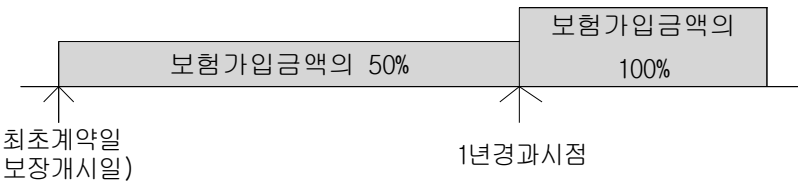
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다. 다만,「유사암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며,「유사암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시	보험가입금액의 50% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

【유사암진단비[예시]】

< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



2 제1항에도 불구하고 무배당 메리츠 3대질병보장보험1804 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시	보험가입금액의 100% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

3 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 유사암진단비를 지급합니다.

제2조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
3 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
4 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
5 이 특별약관에서「유사암」이라 함은「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.
6「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
7 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제4조(특별약관의 소멸)

1 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

43. 갱신형 유사암진단비[매월지급형]보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유사암진단비로 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 해당월의 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다. 또한,「유사암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며,「유사암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

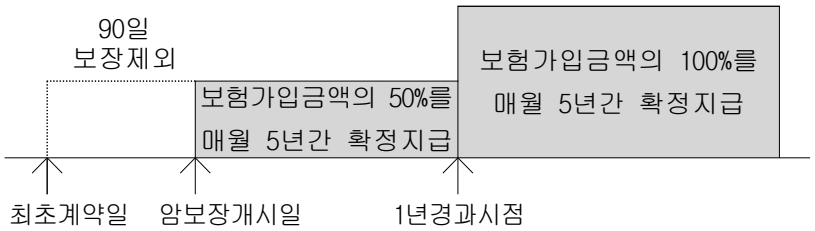
구 분	지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시	보험가입금액의 50%를 매월 5년간 확정지급 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%를 매월 5년간 확정지급 (단, 최초1회에 한하여 지급)

【보험금 지급예시】(가입금액 10만원)

구분	총지급금액	지급기준		1회 지급액
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시	300만원	가입후 1년미만	보험가입금액의 50% × 60회	5만원
	600만원	가입후 1년이상	보험가입금액의 100% × 60회	10만원

【유사암진단비[예시]】

< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



2 제1항에도 불구하고 무배당 메리츠 3대질병보장보험1804 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게

아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시	보험가입금액의 100%를 매월 5년간 확정지급 (단, 최초1회에 한하여 지급)

3 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 유사암진단비를 지급합니다.
4 제1항 및 제2항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제2조(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.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)
1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
2 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
3 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5(행동양식 불

명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.
4 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
5 이 특별약관에서「유사암」이라 함은「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.
6「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
7 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
2 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)
1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계

약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

Ⅲ. 상해 및 질병 관련 특별약관

1. 갱신형 적립보험료 납입면제 특별약관

제1조(적립보험료 납입면제 사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험료 납입기간 중 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 차회 이후 적립보험료의 납입을 면제합니다.

> **【적립보험료의 납입면제】**
> 적립보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 적립보험료는 차회 이후부터 보험료 납입기간 종료시점까지 매 납입기일마다 적립보험료 납입면제 특별약관의 보험가입금액으로 대체되는 것을 말하며, 이 경우 정상적으로 적립보험료가 납입된 것으로 봅니다.

① 피보험자가 암보장개시일 이후 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2절 보장조항 2-1. 암진단비(유사암제외)보장 제2조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)에서 정한「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우

② 피보험자가 보험료 납입기간 중에 보통약관 제2절 보장조항 2-2. 뇌졸중진단비보장 제2조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)에서 정한「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우

③ 피보험자가 보험료 납입기간 중에 보통약관 제2절 보장조항 2-3. 급성심근경색증진단비보장 제2조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)에서 정한「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우

④ 피보험자가 보험료 납입기간 중에 상해로【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

⑤ 피보험자가 보험료 납입기간 중에 진단 확정된 질병으로【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

제2조(적립보험료 납입면제에 관한 세부규정)

1 제1조(적립보험료 납입면제 사유) 제4호 및 제5호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니

다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입기간 종료시점까지의 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(적립보험료 납입면제 사유)에서 적립보험료의 납입면제 사유에 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, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

5 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 계약에서 적립보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 적립보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에

또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

8 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(적립보험료 납입면제 사유) 제4호 및 제5호의 적립보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 적립보험료를 납입면제 하지 않습니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

9 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 제1조(적립보험료 납입면제 사유)에서 정한 적립보험료 납입면제를 하지 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 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)

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

제3조(특별약관의 소멸)

1 이 특별약관의 피보험자가 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험료 납입면제 사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

2 제1조(적립보험료 납입면제 사유)에서 정한 적립보험료 납입면제 사유가 발생한 이후 제1항에 의해 이 특별약관이

소멸한 경우, 소멸시점 이후 잔여 납입면제 적립보험료를 지급하지 않습니다.

제4조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 기본계약 적립보험료 납입기간과 동일합니다. 다만, 제1조(적립보험료 납입면제 사유)에서 정한 적립보험료 납입면제 사유가 발생한 이후 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 해당 특약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 보장조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

2. 갱신형 깁스치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로「깁스(Cast)치료」를 받았을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해 또는 질병으로 깁스치료를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(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, 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법은 제외합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

[1] 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

[2] 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

[3] 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

Ⅳ. 배상책임 관련 특별약관

1. 갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하「회사」라 합니다) 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 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

㉠ 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

㉡ 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

㉢ 피보험자: 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

㉠ 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.

③ 보상 관련 용어

㉠ 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.

㉡ 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 제3조(보상하는 손해)에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.

㉢ 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.

㉣ 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위

험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.

ⓜ 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

제3조(보상하는 손해)

1 회사는 제2항에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 열거하는 사고(이하「사고」라 합니다)로 피해자에게 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임(이하「대인 배상책임」이라 합니다) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하「배상책임손해」라 합니다)를 보상합니다.

① 피보험자가 살고있는 보험증권에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하「주택」이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고

② 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

2 제1항의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 그 가족을 말합니다.

① 보험증권에 기재된 피보험자(이하「피보험자 본인」이라 합니다)

② 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하「배우자」라 합니다)

③ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제 777조)

④ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거중인 미혼자녀

【민법 제777조(친족의 범위)】

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌이내의 혈족
2. 4촌이내의 인척
3. 배우자

3 위 제2항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

4 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

① 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)

② 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

㉠ 피보험자가 제10조(손해방지의무)의 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

㉡ 피보험자가 제10조(손해방지의무)의 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

㉢ 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

㉣ 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

㉤ 피보험자가 제11조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)의 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

5 회사는 제4항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다.

① 제4항 제1호의 손해배상금 : 1억원 한도로 보상하되, 매회의 사고마다 자기부담금(「대물 배상책임」은 20만원, 「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는「대물 배상책임」및 「대인 배상책임」손해를 더한 금액을 보상합니다.

② 제4항 제2호 ㉠, ㉡ 또는 ㉤의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

③ 제4항 제2호 ㉢ 또는 ㉣의 비용 : 이 비용과 제1호에 따른 보상액의 합계액을 1억원 한도내에서 보상합니다.

제4조(보상하지 않는 손해)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의

② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태

③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

⑤ 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

2 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

① 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
② 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
③ 피보험자의 피고용인이 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임
④ 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
⑤ 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
⑥ 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 보상합니다.
⑦ 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
⑧ 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
⑨ 항공기, 선박, 차량(이륜자동차 및 이에 준하여 원동력이 인력에 의하지 않고 전동장치에 의해 움직이는 모든 개인형 이동장치(전동휠, 전동자전거, 전동킥보드 등)를 포함합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
⑩ 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
⑪ 폭력행위로 인한 배상책임

제5조(손해의 발생과 통지)

1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

① 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
② 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
③ 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

2 계약자 또는 피보험자가 제1항 각 호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는

피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제3조(보상하는 손해) 제4항 제1호 및 제2호 ㉢ 또는 ㉣의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

제6조(보험금 등의 청구)

피보험자가 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

① 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 명하는 서류

④ 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제7조(보험금의 지급절차)

1 회사는 제6조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 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.

2 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하「지급기일」이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제8조(의무보험과의 관계)

1 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제9

조(보험금의 분담)를 따릅니다.
2 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.
3 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 의무보험에서 보상하는 금액으로 봅니다.

제9조(보험금의 분담)
1 회사는 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.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

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 따른 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제10조(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 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 조치를 취하는 일
③ 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일
2 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제3조(보상하는 손해) 제4항에

따른 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 행위로 증가된 손해

제11조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

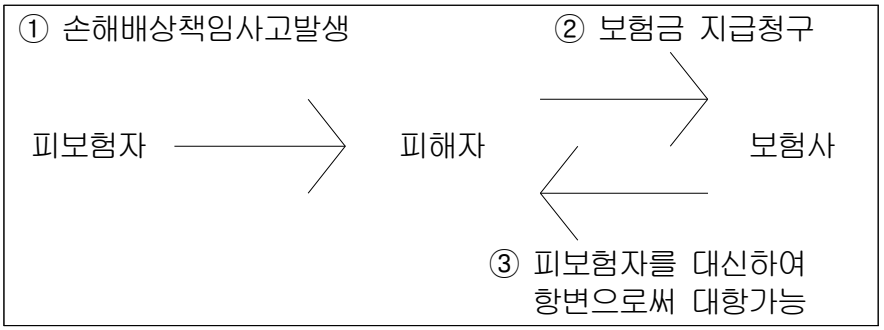
1 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 따라 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

2 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

3 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

4 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않은 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

【손해배상청구에 대한 회사의 해결 예시】



※ 항변이란 어떤 일을 부당하다고 여겨 따지거나 반대하는 뜻을 밝힌다는 것을 의미합니다.

제12조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

1 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위

하여 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.

제13조(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 따라 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.

3 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 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.

제14조(계약 후 알릴 의무)

1 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 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 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

③ 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 위험이 감소 또는 증가된 경우에는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 이때 회사가 지급해야할 금액이 있으면 계약자에게 지급하고, 부족한 금액이 있을 때에는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

2 제1항 제1호에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실

로 알지 못하였을 때
② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
④ 보험설계사 등이 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.

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반 사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려드립니다.

5 손해가 제1항 제1호 또는 제2호에 해당되는 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 보상합니다.

6 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

7 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제16조(특별약관의 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 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조(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 제기 할 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 타인의 보험이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제18조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제19조(보험료의 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제20조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제21조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금 등의 청구), 제7조(보험금의 지급절차), 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

Ⅴ. 비용관련 특별약관

1. 갱신형 민사소송법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자에게 소송의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우에는 1사고당 아래의 금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 금액을 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구분		보상한도액
소송사건이 종료되어 법률비용을 부담하는 경우	변호사 비용	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원)
	인지액+송달료	500만원 한도

제2조(소송 등의 정의)

① 이 특별약관에서「소송」이라 함은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심 및 항소심에 대한 상고심 각각(이하「심급별」이라 합니다)을 말하며, 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

② 이 특별약관에서「소송사건」이라 함은 대법원「법원재판사무 처리규칙」및「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건을 말합니다.

심급구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

상기 사건별 부호에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 사건별 부호에 따라 보상합니다.

③ 이 특별약관에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

2 회사는 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

① 변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙에 정한 변호사 비용(【별표21(소송목적의 값에 따른 변호사비용)】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액

② 민사소송 등 인지법에 정한 인지액(【별표22(민사소송 등 인지법에 정한 인지액)】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액

③ 대법원이 정한 송달료 규칙에 정한 송달료(【별표23(송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송))】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

3 회사는 제2항의 각 호에 대하여 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

① 계약자, 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해

② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.
【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵분열 생성물을 포함합니다.

⑤ 위 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

⑥ 민사소송법에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하

⑦ 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송

⑧ 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송

⑨ 소비자기본법 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기

된 소송

⑩ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률에 정한 금융투자상품에 관련된 소송

⑪ 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우

⑫ 노동조합 및 노동관계조정법에 관련된 쟁의행위,「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송

⑬ 독점규제 및 공정거래에 관한 법률, 증권관련집단소송법에 관련된 소송

⑭ 가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함하며, 이하「의무보험」이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 법률비용

⑮ 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손, 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송

⑯ 소송의 결과에 따라 피보험자가 민사소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체

⑰ 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송

⑱ 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송

⑲ 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

【소송의 원인이 되는 사건】

소송의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증 할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다.

- 채무불이행/부당이득의 경우: 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건
- 손해배상의 경우: 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건

【연간 하나의 사건】

보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 1년이 되는 마지막날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.

【하나의 소송】
대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다)
다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(민사소송법 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

【소의 취하】
민사소송법 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심 절차의 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

【소의 각하】
민사소송법 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심 절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

【가족】
① 피보험자의 부모와 양부모
② 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모
③ 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자
④ 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀
⑤ 피보험자의 며느리
⑥ 피보험자의 사위
※ 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

제5조(손해의 발생과 통지)

1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

① 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)

② 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우

③ 소송에 따른 판결이 내려진 경우

④ 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

2 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

③ 보험금지급을 위한 증명서(소장, 판결문, 소송상 조정, 소송상 화해 시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(보험금의 지급절차)

1 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

2 제1항에 따른 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 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.

3 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

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.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

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(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때 회사는 피보험자의 판결 결과에 따라 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 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.

2 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며,

또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 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.

제10조(조사)
1 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 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 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련 서류를 열람할 수 있습니다.
4 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가 된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제11조(보험료의 납입면제)
1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제12조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정

하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

【소비자기본법 제70조(단체소송의 대상 등)】

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다.

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록한 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것
   나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것
   다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것
2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원
3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국 단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체
4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것
   나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동실적이 있을 것
   다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
   라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

2. 갱신형 의료사고법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 의료기관(병원 또는 의원 등. 한방병원 또는 한의원을 포함. 이하 같습니다)에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 보험수익자에게 지급합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

2 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조에서 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따라 치료를 받고 보험기간 종료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 제1항에 따라 보상합니다.

3 제1항의「의료사고」라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 총칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 의료법 제3조에서 정한 의료기관에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 상해는 의료사고로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 보험증권에 기재된 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우

② 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우

③ 계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사 양식)

② 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용

세금계산서, 병원 또는 의원의 진료확인서 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

제4조(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 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상합니다.

2 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 무배당 메리츠 3대질병보장보험1901 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입면제) 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

2 제1항에도 불구하고 보험료 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

3 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제8조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제9조(만기환급금의 지급) 및 제40조(중도인출)은 제외합니다.

Ⅵ. 기타 특별약관

특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)에 부가하여 이루어집니다.

② 제1항에 따라 이 특약을 부가할 때 피보험자의 과거 병력과 의학적으로 또는 경험통계적으로 인과관계가 유의성 있게 확인된 경우 등과 같이 회사가 정한 기준에 따라 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 부담보 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

③ 이 특별약관의 보장개시일은 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

④ 계약이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없는 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

① 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우

② 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

① 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 【별표28(특정부위·질병 분류표)】 중에서 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 계약에서 정한 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

① 회사가 지정한 부위(이하「특정부위」라 합니다)에 진단확정된 질병(【별표28-1(특정부위 분류표)】) 또는

특정부위에 진단확정된 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 진단확정된 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)

② 회사가 지정한 질병(이하「특정질병」이라 합니다)(【별표28-2(특정질병 분류표)】)

2 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1년부터 5년」또는「계약의 보험기간」(단, 계약이 갱신 또는 재가입 계약인 경우 최초 계약일로부터 최종 갱신 또는 재가입 계약의 종료일까지의 기간을 말하며, 이하 「계약의 보험기간」이라 합니다))으로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

3 제2항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을「계약의 보험기간」으로 적용한 경우 계약 청약일로부터 5년 이내에 제1항 제1호 또는 제1항 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않으면 계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 보상합니다.

4 제3항의「계약 청약일로부터 5년 이내」라 함은 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말하며, 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 합니다.

5 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 어느 하나의 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 회사는 보험금을 지급하여 드리며, 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

① 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 진단확정된 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 진단확정된 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 진단확정된 특정질병 이외의 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우

③ 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우

④ 제1항 제1호에서 정한 진단확정된 질병 또는 제1항 제2호에서 지정한 특정질병으로 인하여 사망하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우

⑤ 제1항 제1호에서 정한 진단확정된 질병 또는 제1항 제

2호에서 지정한 특정질병으로【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되어 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우

6 피보험자가 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

7 피보험자에게 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생했을 경우, 그 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

8 제1항 제1호의 특정부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 준용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하「보통약관」이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.

2 보통약관이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

3 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보통약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.

2 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말합니다.

3 제2항에서 “그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차”는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.

1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
2. 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차

4 제2항 및 제3항에서 자동차관리법 시행규칙 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

5 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 경우 그 보험금 지급사유가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 보험금 지급사유인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할경찰서에서 발행하는 사고처리확인원등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

【자동차관리법 시행규칙 제2조(자동차의 종별 구분)】

「자동차관리법」 (이하 "법"이라 한다) 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표1과 같이 구분한다.

【별표1】 자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형	소형	중형	대형
이륜자동차	배기량이 50cc미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것	배기량이 100cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것으로 최대적재량(기타형에만 해당한다)이 60킬로그램 이하인 것	배기량이 100cc 초과 260cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것으로 최대적재량이 60킬로그램 초과 100킬로그램 이하인 것	배기량이 260cc (최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
이륜자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.

나. 이륜자동차(법 제3조제1항 제5호)의 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차" : 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차를 포함한다.

1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차

2) 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차

2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.

가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.

나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.

다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

특별조건부(할증보험료법) 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

1 이 특별약관은 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 이 특별약관의 적용을 받는 보통약관 또는 특별약관은「해당계약」이라 합니다.)

2 이 특별약관의 효력발생일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.

3 해당계약이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조(특별조건부(할증보험료법) 특별약관의 내용)

이 특별약관은 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합하지 않아 계약체결이 불가능한 경우 이 특별약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조(특별약관의 부가조건)

1 특별약관에 따라 회사가 부가하는 계약조건은 다음과 같습니다.

① 회사는 계약을 체결할 때 “표준체보험료”에 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 회사에서 정한 “특별조건부 특별약관보험료”를 더하여 해당계약의 납입보험료로 결정합니다.

② 제1호의 “표준체보험료”라 함은 표준체위험률에 할증률을 적용하지 않고 산출한 보험료를 말합니다.

③ 제1호의 “특별조건부 특별약관보험료”라 함은 표준체위험률에 할증률을 적용하여 산출한 보험료와 표준체보험료와의 차액을 말합니다.

【표준체위험률】
회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합한 보험료적립금의 계산 등을 위해 회사가 정하는 위험률

【할증률】
회사가 정한 위험지수 기준에 따라 표준체위험률에 부가한 요율

2 회사는 제1항에 따라 해당계약에 부가된 조건을 보험증권에 기재하여 드립니다.

제4조(보험기간 및 보험료의 납입)

1 이 특별약관의 보험기간은 해당계약의 보험기간과 동일합니다.

2 이 특별약관의 보험료는 해당계약의 보험료 납입기간 중에 기본계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제5조(할증률의 적용)

제3조(특별약관의 부가조건) 제1항에서 정한 할증률은 해당계약 종료시까지 변동되지 않습니다. 다만, 갱신시 표준체 위험률 변경에 따라 특별조건부 특별약관보험료는 변동 될 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 해당계약을 따릅니다.

사망보험금 양육연금전환 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

[1] 이 사망보험금 양육연금전환 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)은 피보험자의 사망을 보험금 지급사유로 하고 사망보험금을 일시에 지급하는 보험계약(이하「계약」이라 합니다)을 체결할 때 또는 체결한 이후에 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다. (이하「보험계약자」는「계약자」,「보험회사」는「회사」라 합니다)

[2] 계약이 해지 또는 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 피보험자의 사망으로 계약의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 효력은 제6조(양육연금의 운용) 제1항에서 정한 양육연금의 지급이 종료될 때까지 소멸하지 않습니다.

제2조(특별약관의 청약)

[1] 계약자는 계약의 사망보험금 지급사유 발생 전에 한하여 이 특별약관을 청약할 수 있습니다.

[2] 계약자는 이 특별약관을 청약할 때 계약의 보험수익자를 양육연금을 받는 자(이하「수익자녀」라 합니다)로 지정 또는 변경하여야 합니다.

[3] 계약자는 계약에서 일시에 지급되는 사망보험금의 50%이상을 양육연금의 지급을 위한 전환금액(이하「양육연금전환금액」이라 합니다)으로 선택하여야 합니다.

[4] 계약자는 수익자녀 나이 15세, 20세, 25세 중 하나를 양육연금의 지급종료나이(이하「양육연금종료나이」라 합니다)로 선택하여야 합니다.

[5] 계약자가 이 특별약관을 청약하고 회사의 승낙(이하「특별약관의 체결」이라 합니다)이 있은 후 계약에서 사망보험금 지급사유가 발생하더라도 아래 각 호의 경우에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다.

① 계약의 사망보험금 지급시 수익자녀의 나이가 이 특별약관을 체결할 때 정한 양육연금종료나이와 같거나 초과한 경우

② 이 특별약관의 체결 후 수익자녀가 사망하거나 계약의 보험수익자에서 제외된 경우

제3조(수익자녀의 범위)

제2조(특별약관의 청약) 제2항의 수익자녀는 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상 자녀 중 1명으로 합니다.

제4조(계약내용의 변경)

1 계약자는 계약의 사망보험금 지급사유 발생 전에 한하여 회사의 승낙을 얻어 아래 각 호의 사항을 변경할 수 있습니다.

① 수익자녀

② 양육연금전환금액

③ 양육연금종료나이

2 계약자가 제1항 제1호 내지 제3호의 사항을 변경하고자 할 때에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

제5조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약의 보험금 지급사유가 발생하기 전에 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제6조(양육연금의 운용)

1 회사는 제2조(특별약관의 청약) 제3항에서 정한 양육연금전환금액을 재원(이하「양육연금재원」이라 합니다)으로 양육연금의 지급기간동안 동일한 금액(이하「양육연금」이라 합니다)을 매년 보험금 지급사유 발생일에 수익자녀에게 지급합니다. 이 경우 미지급된 양육연금재원에 대해서 계약의 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

2 제1항의 양육연금의 지급기간(이하「양육연금지급기간」이라 합니다)이라 함은 제2조(특별약관의 청약) 제4항의 양육연금종료나이에서 계약의 사망보험금 지급시 수익자녀의 나이를 뺀 기간을 말합니다.

3 양육연금지급기간 중 수익자녀의 나이에 따른 제한사항은 아래와 같습니다.

① 수익자녀의 나이가 만20세 미만인 경우 수익자녀는 미지급 양육연금을 일시에 지급하는 금액으로 수령할 수 없습니다.

② 수익자녀의 나이가 만20세 이상인 경우 수익자녀는 미지급 양육연금을 일시에 지급하는 금액으로 수령할 수 있으며 이 때 그 일시에 지급하는 금액은 계약의 평균공시이율로 할인한 금액으로 합니다.

4 제3항 제1호에도 불구하고 수익자녀가 양육연금지급기간 중 사망한 경우에는 미지급 양육연금을 수익자녀의 법정상속인에게 일시에 지급하는 금액으로 지급하며 그 일시에 지급하는 금액은 계약의 평균공시이율로 할인한 금액으로 합니다.

5 수익자녀 또는 수익자녀의 법정대리인은 제3항 제2호의 경우를 제외하고 양육연금지급기간 중 미지급 양육연금에 대해서 계약의 보통약관에 따라 일시에 지급하는 금액의 청구나 보험금수령방법의 변경에 관한 권리를 행사할 수 없습니다.

제7조(나이의 계산 및 적용)

1 제2조(특별약관의 청약) 제4항 내지 제5항 및 제6조(양육연금의 운용) 제2항의 나이는 수익자녀의 보험나이를 기준으로 합니다.

2 제1항의 보험나이는 보험금 지급사유 발생일 현재 수익자녀의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 계산하며, 이후 매년 보험금 지급사유 발생일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 제6조(양육연금의 운용) 제3항의 나이는 수익자녀의 실제 만나이를 기준으로 합니다.

제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

1 이 특별약관의 보험료는 없습니다.

2 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 이 특별약관의 청약을 승낙한 날로 합니다.

제9조(해지된 특별약관의 부활)

1 회사는 이 특별약관의 부활 청약을 받은 경우에는 계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 계약의 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활을 취급합니다.

2 계약의 부활을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특별약관도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.

3 이 특별약관을 부활하는 경우의 보장개시일은 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제10조(보험금의 청구)

수익자녀, 수익자녀의 법정대리인은 아래 각 호의 서류를 제출하고 양육연금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상 자녀임을 확인할 수 있는 서류

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정

부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 수익자녀의 법정대리인의 경우 법정대리인임을 확인할 수 있는 서류

⑤ 기타 수익자녀가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제11조(보험금 등의 지급절차)

1 회사는 제10조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 양육연금을 지급합니다.

2 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일을 계약자 또는 수익자녀에게 서면으로 통지합니다.

3 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 수익자녀의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 계약의 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 전자서명 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약(이하「계약」이라 합니다)에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 「보통약관」이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.(이하「보험계약자」는「계약자」,「보험회사」는「회사」라 합니다)

② 이 특별약관을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명(이하「전자서명」이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관 제19조(약관교부 및 설명의무 등) 제2항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

【전자서명법 제2조(정의)】

2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
   가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
   나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
   다. 전자서명이 있은 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
   라. 전자서명이 있은 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

제3조(약관교부의 특례)

① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 약관 및 계약자 보관용 청약서 등(보험증권은 제외하며, 이하 「계약 안내자료」라 합니다)을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해

당 문서를 드린 것으로 봅니다.
2 계약자가 계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날부터 5영업일 이내에 계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(보험계약자의 알릴 의무)
1 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.
2 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.
3 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 계약 안내자료를 드림으로써 회사의 계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아서 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)
이 특별약관(이하「특약」이라 합니다)은 보험계약자(이하「계약자」라 합니다), 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)
1 이 특약은 계약자의 청약과 보험회사(이하「회사」라 합니다)의 승낙으로 부가되어집니다.
2 제1조(적용대상)의 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)이 해지 또는 기타 사유에 따라 효력이 없게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)
1 계약자는 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 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정(제4조에 따른 변경지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1에 해당하여야 합니다.
① 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
② 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 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)
계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

[1] 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 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(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 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.

보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

① 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)는 이 보험료 자동납입 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

② 제1항에 따라 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 우리회사(이하「회사」라 합니다)는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관의 제17조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 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) 제 1항」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 피보

험자 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 그때부터 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,「장애인 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 증명을 받은 사람 또는「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제1항의 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 전환

된 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 전환대상계약보험료가 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 적용범위) 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 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.

2 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

Ⅶ. 별표

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제5항, 제9조 제3항 및 제35조 제2항 관련)

<table>
<tr><th>구 분</th><th>기 간</th><th>지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="4">3대질병진단비
(보통약관 제1절
일반조항 제3조)
(특별약관이 부가된
경우 특별약관의 보험금
포함)</td><td>지급기일의 다음
날부터
30일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td>지급기일의 31일
이후부터
60일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율
+가산이율(4.0%)</td></tr>
<tr><td>지급기일의 61일
이후부터
90일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율
+가산이율(6.0%)</td></tr>
<tr><td>지급기일의 91일
이후 기간</td><td>보험계약대출이율
+가산이율(8.0%)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">만기환급금
(보통약관 제1절
일반조항 제9조 제1항)
및 해지환급금
(보통약관 제1절
일반조항 제35조 제1항)
(특별약관이 부가된
경우 특별약관의
해지환급금 포함)</td><td rowspan="2">지급사유가 발생한
날의 다음날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년이내 :
[보장]공시이율의
50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간 : 1%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터
지급일까지의 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
</table>

주) 1. 회사가 만기환급금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 [보장] 공시이율을 적용하여 계산한 이자를 지급합니다.

2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.

3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

4. 가산이율 적용시 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

【별표2】

장해분류표

1 총칙

1. 장해의 정의

1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그

중 높은 지급률을 적용한다.

2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.

3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.

4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

2 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
4) “한 눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때”라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.
   ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
   주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤에 그 장해정도를 평가한다.
6) “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해”라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
   나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
7) “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해“라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
8) “뚜렷한 시야 장해”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
9) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀

의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.

10) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때“라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.

12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가 하여야 한다.

2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.

3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다

대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사”등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말한다.

2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) “평형기능에 장해를 남긴 때”라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여

부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준

1) "코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.

2) “코의 후각기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.

3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.

4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구(입을 벌림)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 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 장해를 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)이외는 섭취하지 못하는 경우

   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌림)운동이 1㎝이하로 제한되는 경우

   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5㎝이상인 경우

   라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태

   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에

는 섭취가 불가능한 상태

4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 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 2㎝이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1㎝이상인 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)장해는 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 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
   나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
8) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인

검사를 기초로 평가한다.

11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.

12) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.

13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.

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

15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.

16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.

2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술(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, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더

이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

4) 다발성 반흔(흉터) 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔(흉터)의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5㎜ 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 10㎝ 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 5㎝ 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/2이상 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 5㎝ 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 2㎝ 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/4이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간

주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.

2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.

나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.

다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을

합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.

5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극 증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

   나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

   나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

   다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

   라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해
   머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) “추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해”란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) “추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해”란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병

증의 소견이 지속되는 경우

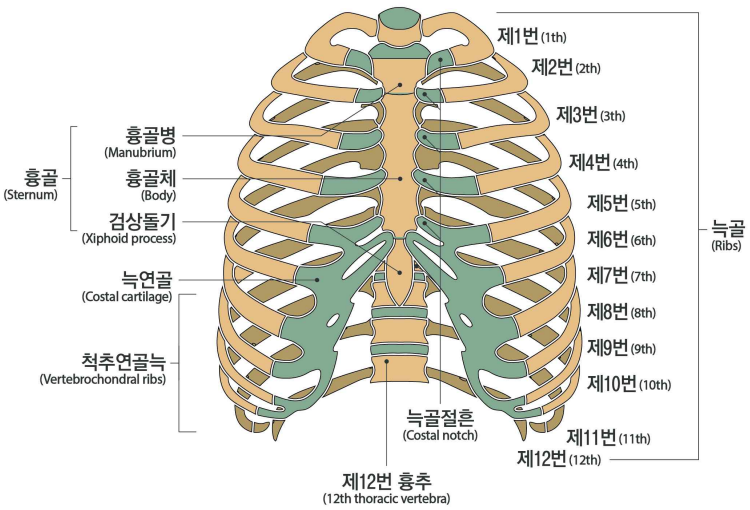
7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

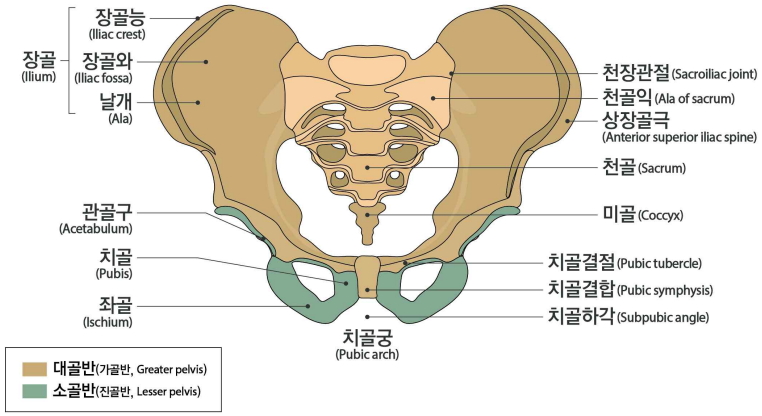
장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5㎝ 이상 분리된 부정유합 상태
   나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
   다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
3) “빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.


제1번 (1th)
제2번 (2th)
제3번 (3th)
제4번 (4th)
제5번 (5th)
제6번 (6th)
제7번 (7th)
제8번 (8th)
제9번 (9th)
제10번 (10th)
제11번 (11th)
제12번 (12th)
늑골 (Ribs)
흉골 (Sternum)
흉골병 (Manubrium)
흉골체 (Body)
검상돌기 (Xiphoid process)
늑연골 (Costal cartilage)
척추연골늑 (Vertebrochondral ribs)
늑골절흔 (Costal notch)
제12번 흉추 (12th thoracic vertebra)

< 가슴뼈 >


장골 (Ilium)
장골능 (Iliac crest)
장골와 (Iliac fossa)
날개 (Ala)
관골구 (Acetabulum)
치골 (Pubis)
좌골 (Ischium)
천장관절 (Sacroiliac joint)
천골익 (Ala of sacrum)
상장골극 (Anterior superior iliac spine)
천골 (Sacrum)
미골 (Coccyx)
치골결절 (Pubic tubercle)
치골결합 (Pubic symphysis)
치골하각 (Subpubic angle)
치골궁 (Pubic arch)
대골반(가골반, Greater pelvis)
소골반(진골반, Lesser pelvis)

< 골반뼈 >

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우

8) “관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우

9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) “관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) “가관절[주)]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
   ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은

요골과 척골중 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 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
2) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하

지 않는다.

3) “다리”라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.

4) “다리의 3대 관절”이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.

5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 다리의 관절기능 장해 평가는 다리의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.

   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

   나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

   가) 완전 강직(관절굳음)

   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(Zero)"인 경우

8) “관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우

   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

   다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15㎜ 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 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10㎜ 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 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5㎜ 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 2개뼈 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 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때 (손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때 (손가락 하나마다)	5

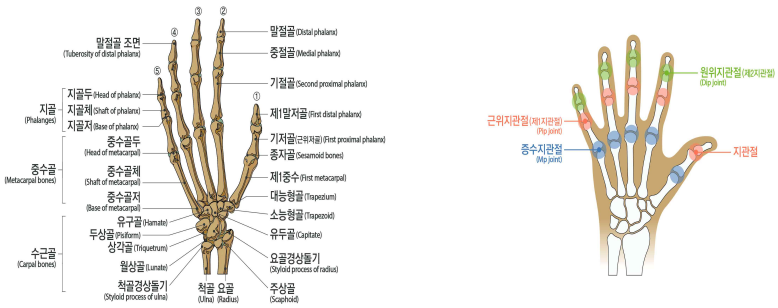
나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 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)부터 심장에서 먼쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

7) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 손가락 >

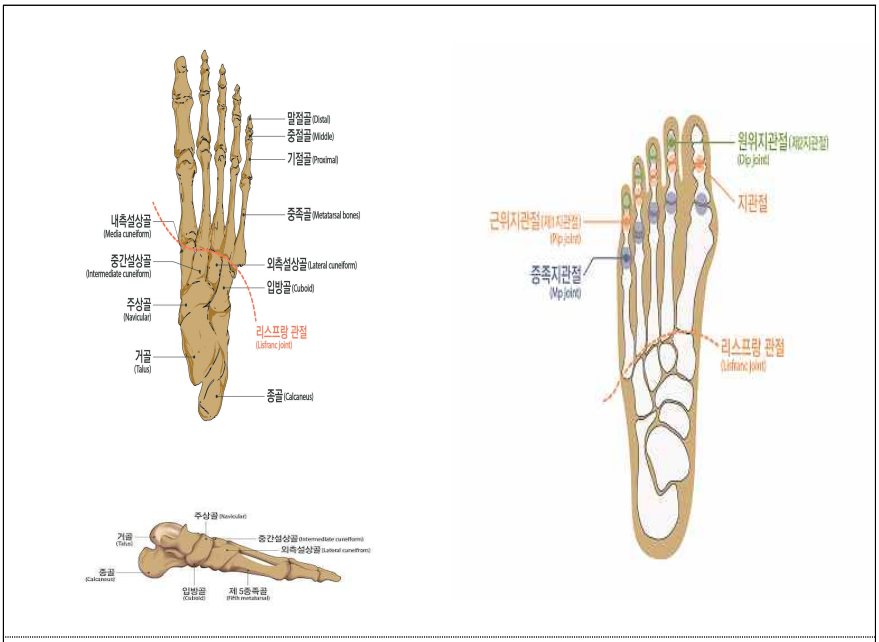
11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 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 운동가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 발가락 >

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

1) “심장 기능을 잃었을 때”라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.

2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   나) 소장을 3/4이상 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 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
   나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관장문합 상태
   다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
   라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
   마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
   바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
5) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
   나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
   다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.
7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 해당하는 장해가

있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.

8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10～100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : 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. 장해판정기준

1) 신경계

가) “신경계에 장해를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다.

그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게

기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) “정신행동에 극심한 장해를 남긴 때”라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) “정신행동에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) “정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 “능력장해측정기준”[주] 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장해측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) “정신행동에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 “능력장해측정기준”상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) “정신행동에 경미한 장해를 남긴 때”라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 “능력장해측정기준”상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

사) “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)

유형	제한정도에 따른 지급률
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
옷입고 벗기	- 상, 하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상, 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상, 하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

【별표3】

악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

※ 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.

【별표4】

제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표5】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 경계성종양으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표6】

뇌졸중대상질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌졸중대상질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표7】

급성심근경색증대상질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증대상질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1.급성 심근경색증	I21
2.후속 심근경색증	I22
3.급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표8】

골절(치아파절 제외) 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 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

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표9】

골절 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 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

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표10】

화상 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 화상으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표11】

중대한 특정상해 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상이 되는 상병	분류번호
뇌손상	두개내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
	복부내 기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표12】

질병특정고도장해 판정기준

약관에서 정한 질병특정고도장해는 다음에 적은 장해상태를 말합니다. 각 장해상태의 세부 판정기준, 판정시기, 장해진단전문의 및 장해진단기관의 기준에 관하여는 보건복지부의 「장애등급판정기준」을 따릅니다.

1. 팔·다리의 절단장해

(1) 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우

(2) 한 팔을 팔꿈치관절 이상 부위에서 잃은 경우

(3) 두 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 경우

2. 팔·다리의 기능장해

(1) 두 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 경우

(2) 두 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

(3) 한 팔을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우

(4) 한 팔의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

(5) 두 팔을 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 경우

(6) 두 팔 각각의 3대관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

(7) 두 팔의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 50%이상 감소된 경우

(8) 두 다리를 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 경우

(9) 두 다리 각각의 3대관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

(10) 두 다리의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 50%이상 감소된 경우

※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장해는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장해가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.

※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.

※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.

※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을

말합니다.

3. 척추의 기능장해

(1) 척추의 병변으로 척추가 완전강직되어 앉은 자세를 10분 이상 유지하기 어려운 경우

※ 척추의 기능장해는 척추부 단순 X-선 촬영 또는 CT나 MRI에 의한 객관적인 검사소견(척추의 유합 및 금속물의 삽입 등)과 완전강직(척추가 한 위치에서 완전히 고정)이 있어야 하며, 디스크 등 통증이 주된 증상인 경우 및 척추의 완전강직이 통증에 의한 경우는 척추의 기능장해로 판정할 수 없습니다.

4. 뇌병변장해

(1) 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 50m이상 보행이 어려운 경우, 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷는 것이 매우 어려운 경우 또는 손잡이를 잡고도 계단 오르내리기가 겨우 가능한 경우

(2) 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 식사, 세면 및 양치질, 용변처리 등을 어느 정도 할 수 있으나 목욕, 물이 들어 있는 컵을 손으로 흘리지 아니하고 옮기는 일 또는 선반에 물건을 올리는 일 등은 거의 할 수 없는 경우

(3) 아래 7.의 (3)뇌병변장해의 ①과 ②에 동시에 해당되는 경우

5. 시각장해

(1) 좋은 눈의 시력이 0.04이하인 경우

※ 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.

※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

6. 청각장해

(1) 두 귀의 청력 손실이 각각 90데시벨 이상인 경우

※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

7. 서로 다른 신체부위에 각각 장해가 발생되어 아래의

장해중 2가지 이상에 해당되는 경우 (단, 뇌병변장해가 팔·다리의 절단장해 또는 팔·다리의 기능장해와 동반된 경우에는 하나의 장해로 봅니다.)

(1) 팔·다리의 절단장해

① 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
② 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
③ 두 다리를 쇼파관절 이상 부위에서 잃은 경우
④ 한 다리를 무릎관절 이상 부위에서 잃은 경우

(2) 팔·다리의 기능장해

① 한 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
② 한 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
③ 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 각각 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
④ 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
⑤ 한 팔을 마비로 겨우 움직일 수 있는 경우
⑥ 한 팔의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
⑦ 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75%미만 감소된 경우
⑧ 두 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 경우
⑨ 두 팔 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우
⑩ 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50%미만 감소된 경우
⑪ 한 다리를 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
⑫ 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장해는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장해가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지

아니합니다.

※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.

※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.

※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

(3) 뇌병변장해

① 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 100m이상 보행이 어려운 경우, 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷는 것이 어려운 경우 또는 계단을 오르내리기가 매우 어려운 경우

② 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 식사, 세면 및 양치질, 용변처리를 하는데 다소의 어려움은 있으며 목욕, 물이 들어있는 컵을 손으로 흘리지 아니하고 옮기는 일, 선반에 물건을 올리는 일 등이 매우 어려운 경우

③ 아래 8.의 (3)뇌병변장해의 ①과 ②에 동시에 해당되는 경우

(4) 시각장해

① 좋은 눈의 시력이 0.08이하인 경우

② 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 5도 이하로 남은 경우

※ 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.

※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

(5) 청각장해

① 두 귀의 청력 손실이 각각 80데시벨 이상인 경우

② 양측 평형기능의 소실이 있으며 두 눈을 감고 일어서기가 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지고 일상에서 자신을 돌보는 일 외에는 타인의 도움이 필요한 경우

※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

(6) 언어장해

① 발성이 불가능하거나 특수한 방법(식도발성, 인공후두기)으로 간단한 대화가 가능한 음성장애

② 말의 흐름이 97%이상 방해를 받는 말더듬

③ 자음정확도가 30%미만인 조음장애

④ 의미 있는 말을 거의 못하는 표현언어지수가 25미만인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우

⑤ 간단한 말이나 질문도 거의 이해하지 못하는 수용언어지수가 25미만인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우

※ 말더듬, 조음 및 언어장애는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.

8. 서로 다른 신체부위에 각각 장해가 발생되어 위 7.의 장해중 1가지 이상에 반드시 해당되고 아래의 장해중 1가지 이상에 해당되는 경우 (단, 뇌병변장해가 팔·다리의 절단장해 또는 팔·다리의 기능장해와 동반된 경우에는 하나의 장해로 봅니다.)

(1) 팔·다리의 절단장해

① 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃은 경우

② 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우

③ 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 2개의 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우

④ 두 다리를 리스프랑관절 이상 부위에서 잃은 경우

⑤ 한 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 경우

(2) 팔·다리의 기능장해

① 두 손의 엄지손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 경우

② 두 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
③ 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
④ 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
⑤ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
⑥ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
⑦ 한 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 경우
⑧ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절총운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우
⑨ 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 한 관절의 운동범위가 75%이상 감소한 경우
⑩ 한 다리를 마비로 겨우 움직일 수 있는 경우
⑪ 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
⑫ 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우
⑬ 한 다리의 고관절 또는 무릎관절이 완전강직되었거나 운동범위가 90%이상 감소된 경우

※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장해는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장해가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.
※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.
※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.
※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

(3) 뇌병변장해

① 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 근거리 보행만이 가능하고

고르지 못한 바닥이나 언덕길에서 파행이 뚜렷하고 안전성이 없어 넘어지기가 쉬우며 계단 오르내리기가 어려운 경우

② 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 그릇을 씻거나 돈을 세는 일, 주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 매는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을 수행하는데 매우 어려움이 있는 경우

③ 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 아래 ⓐ와 ⓑ에 동시에 해당되는 경우

ⓐ 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걸을 때 파행이 뚜렷하며 계단 오르내리기에 안정성이 떨어져 넘어지기가 쉬운 경우

ⓑ 그릇을 씻거나 돈을 세는 일, 주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 매는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을 수행하는데 상당히 어려움이 있는 경우

(4) 시각장해

① 좋은 눈의 시력이 0.1이하인 경우

② 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 경우

※ 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.

※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

(5) 청각장해

① 두 귀의 청력 손실이 각각 70데시벨 이상인 경우

② 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50퍼센트 이하인 경우

③ 양측 평형기능의 소실이나 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하고 일상에서 자신을 돌보는 일과 간단한 보행이나 활동만 가능한 경우

※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객

관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

(6) 언어장해

① 발성(음도, 강도, 음질)이 부분적으로 가능한 음성장애

② 말의 흐름이 방해받는 말더듬 (아동 41-96%, 성인 24-96%)

③ 자음정확도 30-75%정도의 부정확한 말을 사용하는 조음장애

④ 매우 제한된 표현만을 할 수 있는 표현언어지수가 25-65인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우

⑤ 매우 제한된 이해만을 할 수 있는 수용언어지수가 25-65인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우

※ 말더듬, 조음 및 언어장애는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.

【별표13】

16대특정암 분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 16대특정암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈성	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세 불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
7. 기관의 악성신생물	C33

대 상 질 병	분류코드
8. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
9. 흉선의 악성신생물	C37
10. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C39
11. 중피종	C45
12. 카포시육종	C46
13. 후복막 및 복막의 악성신생물	C48
14. 담낭의 악성신생물	C23
15. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
16. 소장의 악성신생물	C17

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표14】

5대고액치료비암 분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 5대고액치료암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C70-C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈성	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표15】

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표16】

말기폐질환(End Stage Lung Disease)

1. 말기 폐질환이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
   가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
   나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하

2. 약관에 규정하는 말기 폐질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성 하부호흡기 질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
흉막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99
수두폐렴	B01.2
폐렴이 합병된 홍역	B05.2
거대세포바이러스폐렴	B25.0
폐 톡소포자충증	B58.3
류마티스 폐질환	M05.1

※ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

3. 위의 1 ~ 2에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.
   (예) ① 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이나 2에서 정한 대상질병 이외의 원인으로 인한 경우
   ② 2에서 정한 질병에 해당하지만 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이지 않는 경우

4. 말기 폐질환의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 말기 폐질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표17】

말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis)

1. 말기 간질환(경화)이라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한가지 이상의 원인이 됩니다.
   ① 통제가 불가능한 복수증
   ② 영구적인 황달
   ③ 위나 식도벽의 정맥류
   ④ 간성 뇌증

2. 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.

3. 말기 간경화의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope LiverScan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 말기 간경화의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표18】

희귀난치성 7대질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 희귀난치성 7대질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
재생불량성 빈혈	후천성 순수적혈구 무형성[적모구감소증] 기타 무형성 빈혈	D60 D61
운동신경세포병	운동신경세포병	G12.2
파킨슨병	파킨슨병	G20
심근질환	확장성 심근병증 폐색성 비대성 심근병증 기타 비대성 심근병증 심내막심근(호산구성) 병 기타 제한성 심근병증	I42.0 I42.1 I42.2 I42.3 I42.5
모야모야병	모야모야병	I67.5
전신홍반루프스	전신홍반루프스	M32
만성신장병	만성 신장병(5기)	N18.5

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표19】

30대질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 30대질병으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분		대상질병	분류코드
A	당뇨병질환	1형 당뇨병	E10
		2형 당뇨병	E11
		영양실조 관련 당뇨병	E12
		기타명시된 당뇨병	E13
		상세불명의 당뇨병	E14
		당뇨병성단일신경병증	G59.0
		당뇨병성 다발신경병증	G63.2
		당뇨병성 백내장	H28.0
		당뇨병성 망막병증	H36.0
		당뇨병성 관절병증	M14.2
		당뇨병에서의사구체장애	N08.3
	심장질환	급성 류마티스열	I00-I02
		만성 류마티스 심장질환	I05-I09
		허혈심장질환	I20-I25
		폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26-I28
		기타 형태의 심장병	I30-I52
		수막구균성 심장질환	A39.5
		칸디다심내막염	B37.6
	고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
		고혈압성 심장병	I11
		고혈압성 신장병	I12
		고혈압성 심장 및 신장병	I13
		이차성 고혈압	I15
		고혈압성 뇌병증	I67.4
		고혈압성 망막병증	H35.02
	뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	I60-I69
	간 질 환	바이러스 간염	B15-B19
		간의 질환	K70-K77
		거대세포바이러스간염	B25.1
		톡소포자충 간염	B58.1
	위궤양 및 십이지장궤양	위궤양	K25
		십이지장궤양	K26
		상세불명부위의 소화성궤양	K27
	갑 상 선 질 환	갑상선의 장애	E00-E07
		갑상선이상성 안구돌출	H06.2
		처치후 갑상선기능저하증	E89.0
		방사선조사후 갑상선기능저하증	
		수술후 갑상선기능저하증	

구분		대상질병	분류코드
A	동맥 경화증	죽상경화증	I70
	만 성 하부호흡기 질 환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
		단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
		상세불명의 만성 기관지염	J42
		천식	J45
		천식 지속 상태	J46
	신 부 전	신부전	N17-N19
	폐 렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	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
		재향군인병	A48.1
		수두폐렴	B01.2
		폐렴이 합병된 홍역	B05.2
		거대세포바이러스폐렴	B25.0
		폐 톡소포자충증	B58.3
	결 핵	결핵	A15-A19
		결핵의 후유증	B90
		결핵성 복막염	K67.3
		장,복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0
		결핵 관절염	M01.1
		척추의 결핵	M49.0
		뼈의 결핵	M90.0
		결핵성 방광염	N33.0
		자궁경부의 결핵감염	N74.0
		여성 결핵성 골반염증질환	N74.1
B	백 내 장	노년성 백내장	H25
		기타 백내장	H26
		수정체의 기타 장애	H27
	녹 내 장	녹내장	H40
		달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
	황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3
C	담 석 증	담석증	K80
	사타구니 탈장	사타구니탈장	K40
	편 도 염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
	축 농 증	만성 부비동염	J32
	급성상기도감염	급성상기도감염	J00-J06
	담낭담도질환	담낭염	K81
		담낭의 기타질환	K82
		담도의 기타질환	K83

구분		대상질병	분류코드
C	중이의진주종	중이의 진주종	H71
	귀경화증	귀경화증	H80
	소화기계통의 양성신생물(D13)	기타 및 부위불명 소화기계통의 양성신생물	D13
	중이, 호흡계통 및 흉곽의 양성신생물	중이 및 호흡계통의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 양성 신생물	D14 D15
	골 및 관절연골의 양성 신생물	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
	조직의 양성신생물	중피조직의 양성 신생물 후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D19 D20 D21
	수막의 양성 신생물	수막의 양성 신생물	D32
	뇌 및 중추신경계통의 양성 신생물	뇌 및 기타 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	갑상선 및 내분비선의 양성신생물	갑상선의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D34 D35

당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은「한국표준질병사인분류」를 참고)

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표20】

기관(organ)분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호	기관(organ)
1. 입술의 악성신생물	C00	입술 구강 및 인두
2. 혓바닥의 악성 신생물, 혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C01, C02	
3. 잇몸의 악성 신생물	C03	
4. 입바닥의 악성 신생물	C04	
5. 구개의 악성 신생물	C05	
6. 입의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물, 입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C06, C14	
7. 귀밑샘의 악성 신생물	C07	
8. 기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물	C08	
9. 편도의 악성 신생물	C09	
10. 입인두의 악성신생물, 비인두의 악성신생물, 이상동(梨狀洞)의 악성 신생물, 하인두의 악성신생물	C10, C11, C12, C13	
11. 식도의 악성 신생물	C15	소화 기관
12. 위의 악성 신생물	C16	
13. 소장의 악성 신생물	C17	
14. 결장의 악성 신생물, 직장구불결장이행부의 악성 신생물, 직장의 악성신생물, 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C18, C19, C20, C26 (C26.1제외)	
15. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21	
16. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22	
17. 담낭의 악성 신생물	C23	
18. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24	
19. 췌장의 악성 신생물	C25	

대상질병	분류번호	기관 (organ)
20. 비강 및 중이의 악성 신생물	C30	호흡기 및 흉곽내 기관
21. 부비동의 악성 신생물	C31	
22. 후두의 악성 신생물	C32	
23. 기관의 악성 신생물	C33	
24. 기관지 및 폐의 악성 신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C34, C39	
25. 흉선의 악성 신생물	C37	
26. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38	
27. 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물, 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40, C41	골 및 관절 연골
28. 피부의 악성 흑색종, 기타 피부의 악성 신생물	C43, C44	흑색종 및 기타 피부
29. 중피종, 말초신경 및 자율신경 계통의 악성 신생물, 후복막 및 복막의 악성 신생물, 기타결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C45, C47, C48, C49	중피성 및 연조직
30. 유방의 악성 신생물	C50	유방
31. 외음의 악성 신생물	C51	여성 생식 기관
32. 질의 악성 신생물	C52	
33. 자궁경부의 악성 신생물, 자궁체부의 악성 신생물, 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물, 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C53, C54, C55, C57	
34. 난소의 악성 신생물	C56	
35. 태반의 악성 신생물	C58	
36. 음경의 악성 신생물	C60	남성 생식 기관
37. 전립선의 악성 신생물, 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C61, C63	
38. 고환의 악성 신생물	C62	
39. 신우를 제외한 신장의 악성 신생물, 신우의 악성신생물, 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C64, C65, C68	요로
40. 요관의 악성 신생물	C66	
41. 방광의 악성 신생물	C67	

대상질병	분류번호	기관(organ)
42. 눈 및 부속기의 악성 신생물 43. 수막의 악성 신생물 44. 뇌의 악성 신생물 45. 척수, 뇌신경 및 중추신경 계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 C70 C71 C72	눈, 뇌 및 중추 신경 계통의 기타 부분
46. 갑상선의 악성 신생물 47. 부신의 악성 신생물 48. 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성 신생물	C73 C74 C75	갑상선 및 기타 내분비선
49. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물, 비장의 악성신생물, 진성적혈구증가증, 골수형성이상증후군, 만성골수증식질환, 본태성(출혈성) 혈소판혈증, 골수섬유증, 만성호구산성 백혈병[과호산구증후군]	C81-C96, C26.1,D45, D46,D47.1, D47.3, D47.4, D47.5	비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계

주1) 위의 분류번호 예시에 해당되지 않는 암의 경우 (C46, C76-C80, C97, U99), 회사는 암으로 진단확정된 '기관(organ)'을 병원 기록 또는 조직병리학적 검사결과를 통해 '기관(organ) 분류표'에 있는 각 '기관(organ)' 으로 분류합니다.

주2) 위의 분류번호 예시 중 C44 와 C73에 해당하는 암인 경우, 보장에서 제외합니다.

주3) 인체내에 두개 이상 존재하는 기관인 경우, 제7차 개정 한국표준질병 사인분류에서 같은 이름으로 명명되고 있는 기관(organ)(예: 좌측 및 우측 유방, 신장, 고환, 폐, 요관, 난소, 부신, 눈, 부갑상선 등)은 같은 '기관(organ)' 으로 분류합니다.

주4) 제8차 개정 이후 한국표준질병 사인분류에 있어서, 상기 "분류번호 예시" 이외에 '기관(organ)'에 해당하는 분류번호가 있는 경우에는 그 분류번호도 포함하는 것으로 합니다.

【 별표21 】

소송목적의 값에 따른 변호사비용

소송목적의 값	소송비용에 산입되는 비율
2,000만원까지 부분	10%
2,000만원을 초과하여 5,000만원까지 부분 [200만원 + (소송목적의 값 - 2,000만원) x $\frac{8}{100}$]	8%
5,000만원을 초과하여 1억원까지 부분 [440만원 + (소송목적의 값 - 5,000만원) x $\frac{6}{100}$]	6%
1억원을 초과하여 1억5천만원까지 부분 [740만원 + (소송목적의 값 - 1억원) x $\frac{4}{100}$]	4%
1억5천만원을 초과하여 2억원까지 부분 [940만원 + (소송목적의 값 - 1억5천만원) x $\frac{2}{100}$]	2%
2억원을 초과하여 5억원까지 부분 [1,040만원 + (소송목적의 값 - 2억원) x $\frac{1}{100}$]	1%
5억원을 초과하는 부분 [1,340만원+ (소송목적의 값 - 5억원) x $\frac{0.5}{100}$]	0.5%

※「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에 정한 변호사 비용이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

【 별표22 】

민사소송 등 인지법에 정한 인지액

소송목적의 값	인지액
1천만원 미만	소송목적의 값 X 0.5%
1천만원이상 ~ 1억원 미만	5,000원 + 소송목적의 값 X 0.45%
1억원이상 ~ 10억원 미만	55,000원 + 소송목적의 값 X 0.4%
10억원 이상	555,000원 + 소송목적의 값 X 0.35%

※ 「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액이 변경되는 경우에는 변경된 법에 따릅니다.

【 별표23 】

송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송)

사건	송달료
1심 민사소액 / 민사단독 / 민사합의	90,000원 / 135,000원 / 135,000원
항소심 / 상고심	108,000원 / 72,000원

※ 대법원이 정한 송달료 규칙이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

【별표24】

장애인의 장애등급표

1. 지체장애인

가. 신체의 일부를 잃은 사람

제1급

1. 두 팔을 손목관절 이상의 부위에서 잃은 사람
2. 두 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제2급

1. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
2. 한 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람
3. 두 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제3급

1. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 모든 손가락을 잃은 사람
3. 두 다리를 쇼파관절(chopart's joint) 이상의 부위에서 잃은 사람
4. 한 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제4급

1. 두 손의 엄지손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람
3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 세 손가락을 잃은 사람
4. 두 다리를 리스프랑관절(Lisfranc: 발등뼈와 발목을 이어주는 관절) 이상의 부위에서 잃은 사람
5. 한 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제5급

1. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 엄지손가락을 중수수지관절 이상의 부위에서 잃은 사람
3. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 세 손가락을 잃은

사람

4. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람

5. 한 다리를 쇼파관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제6급

1. 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람

2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람

3. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락을 모두 잃은 사람

4. 한 다리를 리스프랑관절 이상의 부위에서 잃은 사람

나. 관절장애가 있는 사람

제1급

1. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

2. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

제2급

1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

2. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 각각 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

3. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

4. 두 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람

5. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 각각 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

제3급

1. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 각각 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

2. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의

기능에 장애가 있는 사람

3. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람

4. 한 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람

5. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개 관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

7. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

제4급

1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 한 관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

2. 두 손의 엄지손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람

3. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람

4. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람

5. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람

6. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 각각 2개 관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

7. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람

8. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

9. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

10. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능을 잃은 사람

제5급

1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개 관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
3. 두 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
4. 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
6. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
8. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
9. 두 발의 모든 발가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
10. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
11. 한 다리의 발목관절의 기능을 잃은 사람

제6급

1. 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 그리고 다섯째손가락 모두의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
4. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 한 관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
5. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
6. 한 다리의 발목관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

다. 지체기능장애가 있는 사람

제1급

1. 두 팔의 기능을 잃은 사람

2. 두 다리의 기능을 잃은 사람

제2급

1. 한 팔의 기능을 잃은 사람

2. 두 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

3. 두 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람

4. 두 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

5. 경추와 흉요추의 기능을 잃은 사람

제3급

1. 두 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

2. 두 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람

3. 한 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람

4. 한 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

5. 한 다리의 기능을 잃은 사람

6. 경추 또는 흉요추의 기능을 잃은 사람

제4급

1. 두 손의 엄지손가락의 기능을 잃은 사람

2. 한 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람

3. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능을 잃은 사람

4. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 네 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

5. 한 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. 두 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

7. 경추 또는 흉요추의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

제5급

1. 한 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

2. 두 손의 엄지손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

3. 한 손의 엄지손가락의 기능을 잃은 사람

4. 한 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

5. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. 한 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

7. 두 발의 모든 발가락의 기능을 잃은 사람

8. 경추 또는 흉요추의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

제6급

1. 한 손의 엄지손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락의 기능을 잃은 사람

3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 두 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

4. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락의 기능을 잃은 사람

5. 경추 또는 흉요추의 기능이 저하된 사람

라. 신체에 변형 등의 장애가 있는 사람

제5급

한 다리가 건강한 다리보다 10센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 10분의 1 이상 짧은 사람

제6급

1. 한 다리가 건강한 다리보다 5센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 15분의 1 이상 짧은 사람

2. 척추측만증이 있으며, 만곡각도가 40도 이상인 사람

3. 척추후만증이 있으며, 만곡각도가 60도 이상인 사람

4. 성장이 멈춘 만 18세 이상의 남성으로서 신장이 145센티미터 이하인 사람

5. 성장이 멈춘 만 16세 이상의 여성으로서 신장이 140센티미터 이하인 사람

6. 연골무형성증으로 왜소증에 대한 증상이 뚜렷한 사람

2. 뇌병변장애인

제1급

보행이 불가능하거나 일상생활동작을 거의 할 수 없어, 도움과 보호가 필요한 사람

제2급

1. 보행이 현저하게 제한되었거나 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람

2. 보행과 일상생활동작이 상당히 제한된 사람

제3급

1. 보행이 상당한 정도 제한되었거나 일상생활동작이 상당히 제한된 사람

2. 보행이 경중한 정도 제한되고 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람

제4급

1. 보행이 경중한 정도 제한되었거나 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람

2. 보행이 경미하게 제한되고 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람

제5급

1. 보행이 경미하게 제한되었거나 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람

2. 보행이 파행(跛行)을 보이고 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람

제6급

보행 시 파행을 보이거나 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람

3. 시각장애인

제1급

좋은 눈의 시력(공인된 시력표에 의하여 측정한 것을 말하며, 굴절이상이 있는 사람에 대하여는 최대 교정시력을 기준으로 한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람

제2급

좋은 눈의 시력이 0.04 이하인 사람

제3급

1. 좋은 눈의 시력이 0.06 이하인 사람
2. 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 5도 이하로 남은 사람

제4급

1. 좋은 눈의 시력이 0.1 이하인 사람
2. 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 10도 이하로 남은 사람

제5급

1. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
2. 두 눈의 시야가 각각 정상시야의 50%이상 감소한 사람

제6급

나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람

4. 청각장애인

가. 청력을 잃은 사람

제2급

두 귀의 청력을 각각 90데시벨(dB) 이상 잃은 사람(두 귀가 완전히 들리지 아니하는 사람)

제3급

두 귀의 청력을 각각 80데시벨(dB) 이상 잃은 사람(귀에 입을 대고 큰소리로 말을 하여도 듣지 못하는 사람)

제4급

1. 두 귀의 청력을 각각 70데시벨(dB) 이상 잃은 사람(귀에 대고 말을 하여야 들을 수 있는 사람)

2. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람

제5급

두 귀의 청력을 각각 60데시벨(dB) 이상 잃은 사람(40센티미터 이상의 거리에서 발성된 말소리를 듣지 못하는 사람)

제6급

한 귀의 청력을 80데시벨(dB) 이상 잃고, 다른 귀의 청력을 40데시벨(dB) 이상 잃은 사람

나. 평형기능에 장애가 있는 사람

제3급

양측 평형기능의 소실로 두 눈을 뜨고 직선으로 10미터 이상을 지속적으로 걸을 수 없는 사람

제4급

양측 평형기능의 소실 또는 감소로 두 눈을 뜨고 10미터를 걸으려면 중간에 균형을 잡기 위하여 멈추어야 하는 사람

제5급

양측 평형기능의 감소로 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나며, 복합적인 신체운동은 어려운 사람

5. 언어장애인

제3급

음성기능이나 언어기능을 잃은 사람

제4급

음성·언어만으로는 의사소통을 하기 곤란할 정도로 음성기능이나 언어기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. 지적장애인

제1급

지능지수가 35 미만인 사람으로서 일상생활과 사회생활에 적응하는 것이 현저하게 곤란하여 일생 동안 다른 사람의 보호가 필요한 사람

제2급

지능지수가 35 이상 50 미만인 사람으로서 일상생활의 단순한 행동을 훈련시킬 수 있고, 어느 정도의 감독과 도움을 받으면 복잡하지 아니하고 특수기술이 필요하지 아니한 직업을 가질 수 있는 사람

제3급

지능지수가 50 이상 70 이하인 사람으로서 교육을 통한 사회적·직업적 재활이 가능한 사람

7. 자폐성장애인

제1급

ICD-10(International Classification of Diseases, 10th Version)의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람

제2급

ICD-10의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람

제3급

제2급과 같은 특징을 가지고 있으나 지능지수가 71 이상이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 해나가기 위하여 간헐적으로 도움이 필요한 사람

8. 정신장애인

제1급

1. 정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한

행동 등의 양성증상이나 사회적 위축과 같은 음성증상이 심하고, 현저한 인격변화가 있으며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람(정신병을 진단받은 지 1년 이상 지난 사람만 해당한다. 이하 같다)

2. 양극성정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 심한 증상기(症狀期)가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람

3. 반복성우울장애로 정신병적 증상이 동반되고, 기분·의욕 및 행동 등에 대한 우울증상이 심한 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람

4. 분열형정동장애로 제1호부터 제3호까지에 준하는 증상이 있는 사람

제2급

1. 정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상과 사회적 위축 등의 음성증상이 있고, 중등도의 인격 변화가 있으며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람

2. 양극성정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람

3. 만성적인 반복성우울장애로 망상 등 정신병적 증상이 동반되고, 기분·의욕 및 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람

4. 만성적인 분열형정동장애로 제1호부터 제3호까지에 준하는 증상이 있는 사람

제3급

1. 정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나, 인격변화나 퇴행은 심하지 아니한 경우로서 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활을 해나가기 위한 기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람

2. 양극성정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 현저하지 아니하지만, 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활을 해나가기 위한 기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람

3. 반복성우울장애로 기분·의욕·행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활을 해나가기 위한 기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람

4. 분열형정동장애로 제1호부터 제3호까지에 준하는 증상이 있는 사람

9. 신장장애인

제2급

만성신부전증으로 인하여 3개월 이상 혈액투석이나 복막투석을 받고 있는 사람

제5급

신장을 이식받은 사람

10. 심장장애인

제1급

심장기능의 장애가 지속되며, 안정 시에도 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 운동능력을 완전히 상실하여 상시적으로 돌보는 사람이 필요한 사람(심장질환을 진단받은 지 1년 이상 지난 사람만 해당한다. 이하 같다)

제2급

심장기능의 장애가 지속되며, 자기 신체 주위의 일은

어느 정도 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 정상적인 일상생활을 해나가기 어려운 사람

제3급

심장기능의 장애가 지속되며, 가정에서의 가벼운 활동은 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 정상적인 사회활동을 해나가기 어려운 사람

제5급

심장을 이식받은 사람

11. 호흡기장애인

제1급

1. 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 안정 시에도 산소요법을 받아야 할 정도의 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 25% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 55㎜Hg 이하인 사람

2. 만성호흡기 질환으로 기관절개관을 유지하고 24시간 인공호흡기로 생활하는 사람

제2급

폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 집안에서 이동할 때에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 30% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 60㎜Hg 이하인 사람

제3급

폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 평지에서의 보행에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 40% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 65㎜Hg 이하인 사람

제5급

1. 폐를 이식받은 사람

2. 늑막루가 있는 사람

12. 간장애인

제1급

만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C이면서 간성뇌증이 있거나 내과적 치료로 조절되지 아니하는 난치성 복수 등의 합병증이 있는 사람

제2급

만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C이면서 과거 2년이내의 간성뇌증 병력 또는 자발성 세균성 복막염 등의 병력이 있는 사람

제3급

1. 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C인 사람

2. 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 B이면서 난치성 복수가 있거나 간성뇌증 등의 합병증이 있는 사람

제5급

간을 이식받은 사람

13. 안면장애인

제2급

1. 노출된 안면부의 90% 이상이 변형된 사람

2. 노출된 안면부의 60% 이상이 변형되고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

제3급

1. 노출된 안면부의 75% 이상이 변형된 사람

2. 노출된 안면부의 50% 이상이 변형되고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

제4급

1. 노출된 안면부의 60% 이상이 변형된 사람

2. 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

3. 노출된 안면부의 45% 이상이 변형되고 코 형태의 1/3 이상이 없어진 사람

제5급

1. 노출된 안면부의 45% 이상이 변형된 사람

2. 코 형태의 1/3 이상이 없어진 사람

14. 장루장애인 및 요루장애인

제2급

1. 장루와 함께 요루 또는 방광루를 가지고 있으며, 그 중 하나 이상의 루에 합병증으로 장피누공 또는 배뇨기능장애가 있는 사람

2. 장루 또는 요루를 가지고 있으며 합병증으로 장피누공과 배뇨기능장애가 모두 있는 사람

3. 배변을 위한 말단 공장루를 가지고 있는 사람

제3급

1. 장루와 함께 요루 또는 방광루를 가지고 있는 사람

2. 장루 또는 요루를 가지공 있으며, 합병증으로 장피누공 또는 배뇨기능장애가 있는 사람

제4급

1. 장루 또는 요루를 가진 사람

2. 방광루를 가지고 있으며, 합병증으로 장피누공이 있는 사람

제5급

방광루를 가진 사람

15. 뇌전증장애인

가. 성인 뇌전증

제2급

만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고

월 8회 이상의 중증발작이 연 6회 이상 있고, 발작을 할 때에 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역질, 인지기능의 장애 등으로 심각한 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 항상 다른 사람의 지속적인 보호와 관리가 필요한 사람

제3급

만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6회 이상 발작이 있고, 발작을 할 때에 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역질, 인지기능의 장애 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 수시로 보호와 관리가 필요한 사람

제4급

만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작을 포함하여 연 6회 이상 발작이 있고, 이로 인하여 협조적인 대인관계가 현저히 곤란한 사람

제5급

만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 3회 이상 있고, 이로 인하여 협조적인 대인관계가 곤란한 사람

나. 소아청소년 뇌전증

제2급

전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대성 발작 등으로 심각한 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 항상 다른 사람의 지속적인 보호와 관리가 필요한 사람

제3급

전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대성 발작, 부분발작 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 수시로 보호와 관리가 필요한 사람

제4급

전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대성 발작, 부분발작 등으로 일상생활 및 사회생활에 보호와 관리가 필요한 사람

16. 중복된 장애의 합산 판정

가. 같은 등급에 둘 이상의 중복장애가 있는 경우에는 1등급 위의 등급으로 한다.

나. 서로 다른 등급에 둘 이상의 중복장애가 있는 경우에는 의료기관의 전문의가 장애의 정도를 고려하여 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 주된 장애등급보다 1등급 위의 등급으로 조정할 수 있다.

다. 다음과 같은 경우는 가목 및 나목에도 불구하고 중복장애로 합산 판정할 수 없다.

1) 동일부위의 지체장애와 뇌병변장애가 중복된 경우

2) 지적장애와 자폐성장애가 중복된 경우

3) 그 밖에 장애부위가 같거나 장애성격이 중복되어 중복장애로 합산하여 판정하는 것이 타당하지 아니한 경우로서 보건복지부장관이 정하는 경우

【별표25】

장애인의 종류 및 기준

다음의 장애인의 종류 및 기준은 장애인복지법 시행령 제2조(장애인의 종류 및 기준)를 따릅니다.

구분
1. 지체장애인(肢體障碍人) 가. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람 나. 한 손의 엄지손가락을 지골(指骨 : 손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제1지골 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 다. 한 다리를 리스프랑(Lisfranc : 발등뼈와 발목을 이어주는) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 라. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 마. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람 바. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람 사. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람
2. 뇌병변장애인(腦病變障碍人) 뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중(腦卒中) 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람
3. 시각장애인(視覺障碍人) 가. 나쁜 눈의 시력(만국식시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람 나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람 다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람 라. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람
4. 청각장애인(聽覺障碍人) 가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람 나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨 이상인 사람 다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람 라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람
5. 언어장애인(言語障碍人) 음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가

있는 사람

6. 지적장애인(知的障碍人)
정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람

7. 자폐성장애인(自閉性障碍人)
소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체표현·자기조절·사회적응 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

8. 정신장애인(精神障碍人)
지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애(情動障碍 : 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

9. 신장장애인(腎臟障碍人)
신장의 기능부전(機能不全)으로 인하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받아야 하거나 신장기능의 영속적인 장애로 인하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

10. 심장장애인(心臟障碍人)
심장의 기능부전으로 인한 호흡곤란 등의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

11. 호흡기장애인(呼吸器障碍人)
폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적 기능부전으로 인한 호흡기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

12. 간장애인(肝障碍人)
간의 만성적 기능부전과 그에 따른 합병증 등으로 인한 간기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

13. 안면장애인(顔面障碍人)
안면 부위의 변형이나 기형으로 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람

14. 장루·요루장애인(腸瘻·尿瘻障碍人)
배변기능이나 배뇨기능의 장애로 인하여 장루(腸瘻) 또는 요루(尿瘻)를 시술하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

15. 뇌전증장애인(腦電症障碍人)
뇌전증에 의한 뇌신경세포의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

【별표26】

장애등급 판정시기

장애유형	장애판정시기
지체 · 시각 · 청각 · 언어 · 지적 · 안면장애	장애의 원인 질환 등에 관하여 충분히 치료하여 장애가 고착되었을 때 등록하며, 그 기준시기는 원인 질환 또는 부상 등의 발생후 또는 수술후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후로 한다.(지체절단, 척추고정술, 안구적출, 청력기관의 결손, 후두전적출술, 선천적 지적장애 등 장애상태의 고착이 명백한 경우는 예외로 한다)
뇌병변 장애	1. 뇌성마비, 뇌졸중, 뇌손상 등과 기타 뇌병변(파킨슨병 제외)이 있는 경우는 발병 또는 외상 후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후에 장애 진단을 하여야 한다. 2. 파킨슨병은 1년 이상의 성실하고 지속적인 치료 후에 장애 진단을 하여야 한다.
정신 장애	1년 이상의 성실하고, 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었을 때에 한다.
자폐성 장애	전반성발달장애(자폐증)가 확실해진 시점
신장 장애	3개월 이상 지속적으로 혈액투석 또는 복막투석치료를 받고 있는 사람 또는 신장을 이식받은 사람
심장 장애	1년 이상의 성실하고, 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었거나 심장을 이식받은 사람
호흡기 · 간 장애	현재의 상태와 관련한 최초 진단 이후 1년 이상이 경과하고, 최근 2개월 이상의 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었거나 폐 또는 간을 이식받은 사람
장루 · 요루	복원수술이 불가능한 장루 (복회음 절제술후 에스결장루, 전대장직장절제술후 시행한 말단형 회장루 등) · 요루(요관피부루, 회장도관 등) 의 경우에는 장루(요루)조성술 이후 진단이 가능하며, 그 외 복원수술이 가능한 장루(요루)의 경우에는 장루(요루) 조성술 후 1년이 지난 시점

장애유형	장애판정시기
뇌전증장애	1. 성인의 경우 현재의 상태와 관련하여 최초 진단 이후 2년 이상의 지속적인 치료를 받음에도 불구하고 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착된 시점 2. 소아청소년의 경우 뇌전증 증상에 따라 최초 진단 이후 규정기간(1년 내지 2년) 이상의 지속적인 치료를 받음에도 불구하고 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착된 시점

【별표27】

중복장애 합산시 상향조정된 장애등급

장애등급	1급	2급	3급	4급	5급	6급
1급	1급	1급	1급	1급	1급	1급
2급	1급	1급	1급	1급	2급	2급
3급	1급	1급	2급	2급	3급	3급
4급	1급	1급	2급	3급	3급	4급
5급	1급	2급	3급	3급	4급	4급
6급	1급	2급	3급	4급	4급	5급

주) 중복장애 합산의 예외

다음의 경우는 각각을 개별적인 장애로 판단하지 않는다.

1. 동일부위의 지체장애와 뇌병변장애

※ 뇌병변장애(포괄적 평가)와 지체장애(개별적 평가)가 중복된 경우에는 뇌병변장애 판정기준에 따라 장애정도를 판정한다. 다만, 지체장애가 상위등급이고 뇌병변장애가 경미한 경우는 지체장애로 판정할 수 있다.

2. 지적장애와 자폐성장애
3. 지적장애, 자폐성장애, 정신장애와 그에 따른 증상의 일환으로 나타나는 언어장애
4. 장애부위가 동일한 경우

- 눈과 귀는 좌·우 두 개이나 하나의 기능을 이루는 대칭성 기관의 특징이 있으므로 동일부위로 본다.
- 팔과 다리는 좌·우 각각 별개의 부위로 보나 같은 팔의 상지 3대관절과 손가락관절 및 같은 다리의 하지 3대관절과 발가락 관절은 동일부위로 본다.

【별표28】

특정부위·질병 분류표

- 【별표28-1】 특정부위 분류표

구분	특정부위
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자) 및 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
16	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)

구분	특정부위
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상・하악골(위턱뼈・아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

- 【별표28-2】 특정질병 분류표

구분	특정질병	분류 코드	항목명
51	척추 질환	M40	척추후만증 및 척추전만증
		M41	척주측만증
		M42	척추골연골증
		M43	기타 변형성 등병증
		M45	강직성 척추염
		M46	기타 염증성 척추병증
		M47	척추증
		M48	기타 척추병증
		M49	달리 분류된 질환에서의 척추병증
		M50	경추간판장애
		M51	기타 추간판 장애
		M53	달리 분류되지 않은 기타 등병증
		M54	등통증
52	연골증, 관절증, 관절염	M00	화농성 관절염
		M01	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염
		M02	반응성 관절병증
		M03	달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증
		M05	혈청검사양성 류마티스관절염
		M06	기타 류마티스 관절염
		M07	건선성 및 장병성 관절병증
		M08	연소성 관절염
		M09	달리 분류된 질환에서의 연소성 관절염
		M10	통풍
		M11	기타 결정 관절병증
		M12	기타 특이성 관절병증
		M13	기타 관절염
		M14	달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근중관절의 관절증
		M19	기타 관절증
		M93	기타 골연골병증
		M94	연골의 기타 장애

구분	특정질병	분류 코드	항목명
53	심장 질환	I00	심장 침범이 없는 류마티스열
		I01	심장 침범이 있는 류마티스 열
		I02	류마티스 무도병
		I05	류마티스 승모판 질환
		I06	류마티스 대동맥판 질환
		I07	류마티스 삼첨판 질환
		I08	다발 판막 질환
		I09	기타 류마티스 심장 질환
		I20	협심증
		I21	급성 심근경색증
		I22	후속심근경색증
		I23	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증
		I24	기타 급성 허혈심장질환
		I25	만성 허혈심장병
		I26	폐 색전증
		I27	기타 폐성 심장 질환
		I28	폐혈관의 기타 질환
		I30	급성 심장막염
		I31	심장막의 기타 질환
		I32	달리 분류된 질환에서의 심장막염
		I33	급성 및 아급성 심내막염
		I34	비류마티스 승모판 장애
		I35	비류마티스 대동맥판 장애
		I36	비류마티스 삼첨판 장애
		I37	폐동맥판 장애
		I38	상세불명 판막의 심내막염
		I39	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애
		I40	급성 심근염
		I41	달리 분류된 질환에서의 심근염
		I42	심근병증
		I43	달리 분류된 질환에서의 심근병증
		I44	방실 차단 및 좌각 차단
		I45	기타 전도 장애
		I46	심장정지
		I47	발작성 빈맥
		I48	심방 세동 및 조동
		I49	기타 심장부정맥
		I50	심부전
		I51	심장병의 불명확한 기록 및 합병증
		I52	달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애

구분	특정질병	분류 코드	항목명
54	뇌혈관 질환	I60	지주막하 출혈
		I61	뇌내출혈
		I62	기타 비외상성 두개내 출혈
		I63	뇌경색증
		I64	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중
		I65	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착
		I66	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착
		I67	기타 뇌혈관 질환
		I68	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애
		I69	뇌혈관 질환의 후유증
		G45	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군
		G46	뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군
55	고혈압	I10	본태성(원발성) 고혈압
		I11	고혈압성 심장병
		I12	고혈압성 신장병
		I13	고혈압성 심장 및 신장병
		I15	이차성 고혈압
56	당뇨병	E10	1형 당뇨병
		E11	2형 당뇨병
		E12	영양실조-관련 당뇨병
		E13	기타 명시된 당뇨병
		E14	상세불명의 당뇨병
		O24	임신중 당뇨병
57	결핵	A15	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵
		A16	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵
		A17	신경계통의 결핵
		A18	기타 기관의 결핵
		A19	좁쌀 결핵
58	하지 정맥류	I80	정맥염 및 혈전정맥염
		I83	하지의 정맥류
		I87	정맥의 기타 장애
59	자궁 내막증	N80	자궁내막증
60	골반염	N70	난관염 및 난소염
		N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
		N72	자궁경부의 염증성 질환
		N73	기타 여성 골반 염증성 질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증 장애

구분	특정질병	분류 코드	항목명
61	요로 결석증	N20	신장 및 요관의 결석
		N21	하부 요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
		N23	상세불명의 신장 급통증
62	고지혈증	E78	지질단백질 대사장애 및 기타 지질증
63	임신 중독증	O11	만성 고혈압에 겹친 전자간
		O12	고혈압을 동반하지 않은 임신성 [임신 -유발] 부종 및 단백뇨
		O13	임신[임신-유발]고혈압
		O14	전자간
		O15	자간
64	자궁근종	D25	자궁의 평활근종
65	암	C00~C14	입술, 구강 및 인두의 악성신생물
		C15~C26	소화기관의 악성신생물
		C30~C39	호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물
		C40~C41	골 및 관절연골의 악성신생물
		C43	피부의 악성 흑색종
		C45~C49	중피성 및 연조직의 악성신생물
		C50	유방의 악성신생물
		C51~C58	여성 생식기관의 악성 신생물
		C60~C63	남성 생식기관의 악성 신생물
		C64~C68	요로의 악성 신생물
		C69~C72	눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물
		C74	부신의 악성신생물
		C75	기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물
		C76~C80	불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물
		C81~C96	림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물
		C97	독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물
		D45	진성 적혈구증가증
		D46	골수 형성이상 증후군
		D47.1	만성 골수증식 질환
		D47.3	본태성(출혈성) 혈소판혈증
		D47.4	골수섬유증
		D47.5	만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]
66	담석증	K80	담석증

구분	특정질병	분류코드	항목명
67	골관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청검사 양성 류마티스 관절염
		M06	기타 류마티스 관절염
		M08	연소성 관절염
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근중수관절의 관절증
		M19	기타 관절증
68	통풍	E79	퓨린 및 피리미딘 대사 장애
		M10	통풍
69	사시	H49	마비성 사시
		H50	기타 사시
		H51	양안운동의 기타 장애
70	백내장	H25	노년 백내장
		H26	기타 백내장
		H27	수정체의 기타 장애
71	탈장 (음낭수종 포함)	K40	사타구니 탈장
		K41	대퇴 탈장
		K42	배꼽 탈장
		K43	복벽 탈장
		K44	횡경막 탈장
		K45	기타 복벽 탈장
		K46	상세불명의 복벽 탈장
		N43	음낭수종 및 정액류
72	복막의 질환	K65	복막염
		K66	복막의 기타 장애
		K67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애
73	골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
		M81	병적 골절이 없는 골다공증
		M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
74	천식	J45	천식
		J46	천식지속 상태
75	유산	N96	습관적 유산자
		000	자궁외 임신
		001	포상기태
		002	기타 비정상적 수태부산물
		003	자연 유산
		004	의학적 유산
		005	기타 유산
		006	상세불명의 유산
		007	시도된 유산의 실패
		008	유산, 자궁외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증
		020	초기 임신중 출혈