

무배당

그린라이프 원더풀PLUS보험(H11) 약관

무배당 그린라이프 원더풀PLUS보험(H11)약관 보통약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조(보험계약의 성립)

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다.(이하“보험계약”은 “계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는“회사”라 합니다)
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다. 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 이 보험의 보장부분 예정이율(이하 “예정이율”이라 합니다)+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 승낙을 거절한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제2조(청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 그 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 보험의 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 청약을 철회한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제3조(약관교부 및 설명의무 등)

- ①회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부분을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 계약자의 요청이 있을 경우에는 전자거래기본법 제2조 제1호에서 정한 전자문서(이하 “전자문서”라 합니다)로 보험가입증서(보험증권)를 교부할 수 있습니다.
- ②제1항에도 불구하고 전자거래기본법 제2조 제5호에 의해 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 청약서 부분을 드리지 아니할 수 있습니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 보험계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ③회사가 제1항 또는 제2항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부분을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명

(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 단서의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 교부함으로써 청약서 부분을 전달한 것으로 봅니다.

1. 보험계약자, 피보험자 및 보험수익자(이하 「수익자」라 합니다)가 동일한 계약의 경우
2. 보험계약자, 피보험자가 동일하고 수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

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

제4조(계약의 무효)

타인의 사망을 보험사고로 하는 계약에서 계약을 체결 할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.

제5조(계약내용의 변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음과 같은 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)에 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 보험가입금액
5. 계약자, 피보험자 또는 수익자
6. 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제4호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자가 제1항 제5호중 사망보험금수익자를 변경하고자 할 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

⑤ 계약자가 제1항 제5호중 피보험자를 변경할 수 있는 경우는 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 이 보험에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하거나 파산, 이민, 또는 이혼 등 불가피한 사유로 계약을 계속 유지시킬 수 없는 경우 다만, 특별약관에 따라 사망보험금을 지급받은 경우에는 제외합니다
2. 계약자가 그와 고용관계에 있는 피보험자를 해고 또는 교체한 경우

<용어풀이>

고용관계라 함은 피고용인이 고용인에게 노무를 제공하고, 고용인은 그에 대한 보수를 지급하기로

약정한 관계를 말합니다.

제6조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(회사의 보장의 시기 및 종기)

① 회사의 보장은 보험가입증서(보험증권)에 기재된 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하며 마지막날 오후 4시에 끝납니다. 이 경우 시각은 보험가입증서(보험증권) 발행지의 표준시에 따릅니다.

그러나 제11조(보험료의 납입면제)에서 회사의 보장개시일은 계약일로부터 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 손해에 대하여는 회사는 보장을 하지 아니합니다.

③ 회사가 계약자로부터 계약의 청약과 함께 제1회보험료를 받은 경우에 그 청약을 승낙하기 전에 계약에서 정한 보험사고가 생긴 때에는 회사는 계약상의 보장을 합니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제1항에서 정한 보장의 시기가 개시되지 아니한 경우

2. 제28조(계약전 알릴의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강 진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

3. 제30조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

⑤ 제2항의 보험료는 제15조(보상하는 손해)의 손해를 보상하는데 필요한 보험료(이하 “보장보험료”라 합니다)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하 “적립보험료”라 합니다)로 구성됩니다.(이하 “보장보험료”와 “적립보험료”를 합하여 “보험료”라 합니다.)

제8조(보험나이의 계산)

① 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

② 제1항의 피보험자의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제9조(손해보상후의 계약)

① 회사가 제20조(상해후유장해보험금) 제2항에서 정한 일반후유장해보험금을 지급한 경우에는 남은 보험기간에 대한 일반상해 사망 및 후유장해의 가입금액은 감액되지 아니하며, 회사가 제20조(상해후유장해보험금) 제1항에서 고도후유장해보험금을 지급한 경우에는 제20조(상해후유장해보험금) 제1항의 고도후유장해보험금은 더 이상 보상하지 않습니다.

② 제19조(상해사망보험금)의 상해사망보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다.

③ 제2항에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 회사가 적립한 적립부분 책임준비금을 보험금에 더하여 드립니다.

④ 제3항 이외에 피보험자가 이 계약에서 보상하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 계약은 소

별되며 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 방법에 따라 그 때까지 회사가 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 제5조(계약내용의 변경)에 의해 피보험자를 변경한 경우에는 그러하지 아니합니다.

⑤ 제2항의 규정에도 불구하고 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제18조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제10조(보험료의 납입)

① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 이 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융기관(우체국 포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융기관 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

② 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 예정이율로 할인하여 드립니다. 이 경우 계약이 보험기간중에 소멸 또는 변경되거나 보험료납입이 면제되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 예정이율로 계산한 금액을 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

제11조(보험료의 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 아래 사항중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸하지 않은 경우에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 피보험자가 보험기간중 최초로 제16조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되었을 때

2. 피보험자가 보험기간 중에 급격하고 우연한 외래의 사고로 인하여 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접적인 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】에서 정한 장애분류표의 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우

3. 피보험자가 보험기간 중에 제17조(“질병특정고도장해”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병특정고도장해로 진단 확정 되었을 때

② 제1항 제1호에도 불구하고 피보험자가 제16조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 상피내암 또는 기타피부암 또는 경계성종양 또는 갑상샘암으로 진단이 확정 되었을 때에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

③ 제1항 제2호의 규정에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급율의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항 제2호를 적용합니다.

④ 제1항 제3호의 규정에도 불구하고 피보험자의 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용, 선천적 기형, 선천적 질환, 정신질환 및 이에 연유한 병상을 원인으로 한 질병으로 질병특정고도장해 진단이 확정되었을 때에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

⑤ 제1항 제2호 및 제3항의 규정에도 불구하고 사고일로부터 180일이 지나도록 【별표1】의 각호에

서 정한 후유장해지급률이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제1항 제2호의 경우 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】의 각 장애분류별 최저지급율 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

⑦ 제1항 제2호의 경우 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제1항 제2호의 경우 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 회사는 제1항에 따라 보장보험료 납입면제가 된 경우에 차회이후의 적립보험료 납입을 중지하여 드립니다.

제12조(보험료의 자동대출납입)

① 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 계약자가 보험료의 자동대출을 서면신청한 경우에는 제41조(보험계약대출)에 의한 보험계약대출로 보험료가 자동적으로 대출되어 계약이 유효하게 지속됩니다.

② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 합산한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 보험계약대출로 자동납입되는 보험료는 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 계약자의 서면에 의한 재신청이 있어야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입 최고기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해약을 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 그 청구에 따라 처리합니다.

제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

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

② 보험료 수금방법이 회사의 방문수금 또는 계약자의 은행 수납방법으로 약정되어 있는 경우에 회사의 방문수금 불이행 또는 은행 납입통지서의 미교부로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한

경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 수금하기로 하거나 은행 납입통지서를 다시 교부하기로 한 경우에는 그 수금 또는 재교부일부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 합니다.

③ 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 수익자 포함)에게 납입최고(독촉)기간 안에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 보험계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출원리금을 상계할 수 있다는 내용을 포함)을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려주어야 합니다.

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 예정이율+1% 범위내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 계약의 부활(효력회복)에 관하여는 제1조(보험계약의 성립), 제7조(회사의 보장의 시기 및 종기), 제11조(보험료의 납입면제), 제28조(계약전 알릴 의무) 및 제30조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금등의 지급(회사의 주원의무)

제15조(보상하는 손해)

① 회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입었을 때 그 상해로 인한 손해(이하 “손해”라 합니다)를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.

제16조(“암”등의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표2】 “악성신생물 분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), C73(갑상샘의 악성신생물) 및 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타피부의 악성신생물로 분류되는 질병(【별표2】 “악성신생물 분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)”참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 “갑상샘암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표2】의 “악

성신생물 분류표의 분류번호 C73”(【별표2】 “악성신생물 분류표” 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표3】 “상피내의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표4】 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

⑥ 제1항에서 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제17조(“질병특정고도장해”의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “질병특정고도장해”라 함은 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 계약의 보험기간 중에 질병을 직접적인 원인으로 보험기간중 아래의 어느 하나에 해당된 경우를 말합니다.

1. 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 [별표5] “질병특정고도장해 판정기준”에서 정한 장해상태(이하 “질병특정고도장해”라 함)가 되었을 경우
2. 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애 중 하나 이상의 장애가 발생하고 “장애인 복지법 시행령”제2조 및 “장애인 복지법 시행규칙” 제2조에서 정한 1급 또는 2급의 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인을 말합니다)이 되었을 경우

② 제1항 제1호에서 정한 질병특정고도장해라 함은 “질병특정고도장해 판정기준”의 1.에서 정한 장해상태가 되었을 경우 및 “질병특정고도장해 판정기준”의 2. 내지 8.에서 정한 장해상태에 해당되어 그 상태가 영구히 지속된다는 의사의 진단확정을 받았을 경우를 말하며, 이 경우 의사의 진단확정은 장해상태의 원인이 되는 질병의 최초 발병일로부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후로 합니다.

③ 회사는 피보험자의 장해상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 최초 발병일로부터 180일이 지난날의 의사진단에 기초하여 장해상태를 결정합니다.

④ 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 피보험자의 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용, 선천적 기형, 선척적 질환, 정신질환 및 이에 연유한 병상을 원인으로 한 질병은 질병특정고도장해로 인정하지 않습니다.

제18조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 고의
2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)

5. 피보험자의 질병
6. 피보험자의 심신상실 또는 정신질환
7. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
8. 피보험자의 사형
9. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
11. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
12. 제11호 이외의 방사선을 쬌것 또는 방사능 오염

② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버 다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제19조(상해사망보험금)

① 회사는 피보험자가 제15조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 사망하였을 경우에는 아래의 금액을 사망보험금으로 수익자에게 지급합니다.

기준 : 보험가입금액 2,000만원

구 분	지급금액
피보험자의 실제 만나이가 15세 미만일 경우	200 만원
피보험자의 실제 만나이가 15세 이상일 경우	2,000 만원

② 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제20조(상해후유장해보험금)

① 고도후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제15조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】의 각호에 정한 장해분류표의 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해(이하 “고도후유장해”라 합니다)가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 일반상해 사망 및 후유장해 가입금액(이하 “고도후유장해보험금”이라 합니다)전액을 수익자에게 지급합니다.

② 일반후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제15조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】의 각호에 정한 장해분류표의 지급률이 80%미만에 해당하는 후유장해(이하 “일반후유장해”라 합니다)가 남았을 경우에는 일반상해 사망 및 후유장해 가입금액에 【별표1】 각호에 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액(이하 “일반후유장해보험금”이라 합니다)을 수익자에게 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해 지급률로 제1항 및 제2항을 적용합니다.

④ 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 사고일로부터 180일이 지나도록 【별표1】의 각호에서 정한 후유장해지급률이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

⑥ 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

제21조(다른 신체상해 또는 질병의 영향)

- ① 피보험자가 제15조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체장해나 질병의 영향으로 또는 제15조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 상해나 질병의 영향으로 제15조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 금액을 결정하여 지급합니다.
- ② 정당한 이유 없이 피보험자가 치료를 게을리 하거나 계약자 또는 수익자가 치료를 하여 주지 않음으로 인하여 제15조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우에도 전항과 같은 방법으로 합니다.

제22조(보험금의 지급한도)

- ① 회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 후유장해보험금은 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.
- ② 회사는 하나의 사고로 제19조(상해사망보험금)의 사망보험금 및 제20조(상해후유장해보험금) 제2항 일반후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급합니다.

제23조(중도인출금 및 만기환급금의 지급)

- ① 계약자는 보장개시일부터 1년이상 경과된 유효한 계약으로써 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점에서 계산된 적립부분 해약환급금(이 계약에서 정한 대출금이 있는 때에는 그 원리금 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80%범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험년도 기준 연 6회에 한하여 중도인출 할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약자가 보험료를 완납하고 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 보험료 납입경과기간에 따라 제24조(해약환급금)의 제1항에 준하여 그때까지 회사가 적립한 금액(중도인출금의 지급이 있었던 경우에는 원리금 합계액을 공제한 후의 잔액)을 만기환급금으로 수익자에게 지급합니다.

제24조(해약환급금)

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다. 이때 적립부분 순보험료에 대하여는 회사는 제1회 보험료를 받은 날로부터 보험료 납입경과기간에 따라 아래의 이율을 적용 합니다. 다만, 보험기간중에 이 보험의 보험계약대출이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후에는 변경된 이율을 적용하며 최저보증이율은 연 2.0%로 합니다.

경과기간	이 율
1년미만	보험계약대출이율 - 4%
1년이상 ~ 2년미만	보험계약대출이율 - 3%
2년이상	보험계약대출이율 - 2%

- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제25조(배당금 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제26조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제27조(보험금 청구권의 상실)

계약자, 피보험자 또는 수익자가 손해의 통지 또는 보험금청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나, 그 서류 또는 증거를 위조하거나 변조한 경우에는 피보험자 또는 수익자는 손해에 대한 보험금청구권을 상실합니다.

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제28조(계약전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다)합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제29조(계약후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 피보험자가 그 직업, 직무 또는 연령을 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이론자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 된 경우 또는 연령을 정정할 때에는 지체 없이 서면으로 회사에 알리고 보험가입증서(보험증권)에 확인을 받아야 합니다.
- ② 제1항의 통지에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액 보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 지불을 게을리했을 때, 회사는 직업, 직무 또는 연령이 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 「변경전 요율」이라 합니다)의 직업, 직무 또는 연령이 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 단, 변경된 직업, 직무 또는 연령과 관계없는 사고로 발생한 손해에 관해서는 그러하지 아니합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 직업, 직무 또는 연령의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보상됨을 서면으로 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제30조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제28조(계약전 알릴 의무)를

위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.

2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제29조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

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

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때

3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)

4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

③ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다. 또한 이 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제28조(계약후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보상하여 드립니다.

⑥ 손해가 제1항에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된 때에는 제4항 및 제5항에 관계없이 보상하여 드립니다.

제31조(계약취소권의 행사제한)

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

제5관 보험금 지급등의 절차

제32조(보험수익자의 지정)

계약자는 수익자를 지정할 수 있으며 수익자를 지정하지 아니한 때에는 제23조(중도인출금 및 만기환급금의 지급)의 경우는 보험계약자로, 제19조(상해사망보험금)의 경우에는 피보험자의 상속인으로, 기타 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.

제33조(손해의 통지)

- ① 계약자, 피보험자 또는 수익자는 사고가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.
- ② 계약자, 피보험자 또는 수익자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제34조(주소변경통지)

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

제35조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 제1항의 대표자로 지정된 계약자 또는 수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우에 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제36조(보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서 등)
 - 3. 신분증(주민등록증, 여권 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 - 4. 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제37조(보험금의 지급)

- ① 회사는 제36조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임손해에 대한 보험금은 10영업일, 재산손해에 대한 보험금은 20영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유와 지급예정일을 피보험자 또는 수익자에게 서면통지하여 드립니다.
- ③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자 또는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 수익자에게 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당

기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제30조(알릴 의무 위반의 효과)와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금지급 지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제38조(환급금의 지급)

① 회사는 계약자, 수익자의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의 기간은 예정이율+1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

② 회사는 만기환급금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 수익자에게 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 수익자에게 알린 경우의 만기환급금과 해약환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제39조(보험금 받는방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.

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

제40조(계약내용의 교환)

회사는 보험계약의 체결 및 관리등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며 이 경우 회사는 신용정보의이용및보호에관한법률 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

1. 계약자 및 피보험자 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유등 지급내용
4. 피보험자의 상해 및 질병에 관한 정보

제41조(보험계약 대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다.

② 계약자는 제1항의 규정에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금 지급사유가 발생되어 보험금을 지급하는 날 또는 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금과 상계할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출 원리금을 상계할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제42조(분쟁의 조정)

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

제43조(관할법원)

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

제44조(약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제45조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함)제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제46조(회사의 손해배상책임)

회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여 관계법규 및 사업방법서에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제47조(예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제48조(준거법)

이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

1. 일반상해 사망·후유장해 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 상해(이하 “일반상해”라 합니다)를 입었을 때에는 그 상해로 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 고의
2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
5. 피보험자의 질병
6. 피보험자의 심신상실 또는 정신질환
7. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
8. 피보험자의 사형
9. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
11. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
12. 제11호 이외의 방사선을 쬌는것 또는 방사능 오염

② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버 다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동

2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조(사망보험금)

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 사망하였을 경우에는 아래의 금액을 사망보험금으로 수익자에게 지급합니다.

기준 : 특약 보험가입금액 2,000만원

구 분	지급금액
피보험자의 실제 만나이가 15세 미만일 경우	200 만원
피보험자의 실제 만나이가 15세 이상일 경우	2,000 만원

② 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제4조(후유장해보험금)

① 고도후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 손해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】의 각호에 정한 장해분류표의 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해(이하 “고도후유장해”라 합니다)가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 일반상해 사망 및 후유장해 가입금액(이하 “고도후유장해보험금”이라 합니다)전액을 수익자에게 지급합니다.

② 일반후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 손해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】의 각호에 정한 장해분류표의 지급률이 80%미만에 해당하는 후유장해(이하 “일반후유장해”라 합니다)가 남았을 경우에는 일반상해 사망 및 후유장해 가입금액에 【별표1】 각호에 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액(이하 “일반후유장해보험금”이라 합니다)을 수익자에게 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해 지급률로 제1항 및 제2항을 적용합니다.

④ 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 사고일로부터 180일이 지나도록 【별표1】의 각호에서 정한 후유장해지급률이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지

아니합니다.

⑥ 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

제5조(보험금의 지급한도)

① 회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 후유장해보험금은 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

② 회사는 하나의 사고로 제3조(사망보험금)의 사망보험금 및 제4조(후유장해보험금) 제2항 일반후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급합니다.

제6조(손해보상후의 계약)

① 회사가 제4조(후유장해보험금) 제2항에서 정한 일반후유장해보험금을 지급한 경우에는 남은 보험기간에 대한 일반상해 사망 및 후유장해의 가입금액은 감액되지 아니하며, 회사가 제4조(후유장해보험금) 제1항에서 고도후유장해보험금을 지급한 경우에는 제4조(후유장해보험금) 제1항의 고도후유장해보험금은 더 이상 보상하지 않습니다.

② 제3조(사망보험금)의 사망보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다.

③ 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

④ 제1항 이외에 피보험자가 이 계약에서 보상하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

⑤ 제3항의 규정에도 불구하고 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

2. 일반상해 50%이상 소득보상자금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 상해(이하 “일반상해”라 합니다)를 입었을 때에는 그 상해로 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

이 특별약관의 보상하지 아니하는 손해는 “1. 일반상해 사망·후유장해 특별약관”의 제2조(보상하지 아니하는 손해)를 따릅니다.

제3조(50%이상 소득보상자금(후유장해연금))

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】의 지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 일반상해 50%이상 소득보상자금(후유장해연금)으로 매사고마다 이 50%이상 소득보상자금(후유장해연금) 가입금액의 10% 해당액을 매년 사고발생일에 10년동안 수익자에게 확정 지급합니다. 그러나 80%이상 후유장해가 발생하였을 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

② 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항을 적용합니다.

③ 50%이상 소득보상자금(후유장해연금)은 수익자의 요청에 의하여 이 보험의 예정이율로 할인한 금액을 일시금으로 지급하여 드릴 수 있습니다.

④ 제1항의 규정에도 불구하고 사고일로부터 180일이 지나도록 【별표1】의 각호에서 정한 후유장해 지급률이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해 지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

⑥ 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일 부위에 가중된 때에는 최

중 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 발생한 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장애보험금의 지급 사유가 되지 않았던 후유장해
2. 위1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

제4조(손해보상후의 계약)

- ① 한 번의 사고에 대하여 일반상해 80%이상 후유장해가 발생한 경우에는 이 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 제3항의 규정에도 불구하고 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

제5조(특약 보험료의 납입면제)

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 아래 사항중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸하지 않은 경우에는 차회 이후의 특약보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 1. 피보험자가 보험기간중 보통약관 제7조(회사의 보장의 시기 및 종기) 제1항의 “암보장개시일”이후에 최초로 보통약관 제16조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되었을 때
 2. 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제17조(“질병특정고도장해”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병특정고도장해로 진단 확정 되었을 때
- ② 제1항 제1호에도 불구하고 피보험자가 보통약관 제16조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 상피내암 또는 기타피부암 또는 경계성종양 또는 갑상샘암으로 진단이 확정 되었을 때에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ③ 제1항 제2호의 규정에도 불구하고 피보험자의 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용, 선천적 기형, 선천적 질환, 정신질환 및 이에 연유한 병상을 원인으로 한 질병으로 질병특정고도장해 진단이 확정되었을 때에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제11조의 보험료의 납입면제, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

3. 일반상해 의료비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 상해(이하 “일반상해”라 합니다)를 입었을 때에는 그 상해로 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

이 특별약관의 보상하지 아니하는 손해는 “1. 일반상해 사망·후유장해 특별약관”의 제2조(보상하지 아니하는 손해)를 따릅니다.

제3조(의료비)

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접 결과로써 의사의 치료를 받은 때에는 1사고당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 의료비가 입금액을 한도로 피보험자가 실제로 부담한 의료비 전액을 수익자에게 지급합니다. 그러나 어떠한 경우에도 사고일로부터 180일을 한도로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 국민건강보험을 적용받지 아니한 경우(자동차사고, 산업재해보상사고등을 포함합니다)에는 발생한 의료비 총액의 50% 해당액을 1사고당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 의료비가입금액을 한도로 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 아래의 각호에 해당하는 비용은 보험금을 지급하지 아니합니다.

1. 한약재등의 보신용 투약비용.
2. 병실료차액(실제사용병실과 기준병실과의 병실료차액). 다만, 의사가 치료상 부득이 기준병실보다 입원료가 비싼 병실(이하 “상급병실”이라 합니다)에 입원하여야 하여야 한다고 판단하여 상급병실에 입원한 경우에는 예외로 하며, 병실의 사정으로 부득이 상급병실에 입원하였을 때에는 7일의 범위내에서 예외로 합니다.
3. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용.

④ 제1항 또는 제2항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 제1항 또는 제2항의 비용을 초과했을 때, 회사는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 의료비보험금을 수익자에게 지급합니다.

<용어풀이>

다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

⑤ 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 제1항에 따라 치료를 받는 도중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 사고일로부터 180일 한도로 제1항의 규정에 따라 보상하여 드립니다.

제4조(손해보상후의 계약)

- ① 피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.
단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

3-1. 일반상해 의료비 특별약관(갱신형)

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 상해(이하 “일반상해”라 합니다)를 입었을 때에는 그 상해로 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

이 특별약관의 보상하지 아니하는 손해는 “1. 일반상해 사망·후유장해 특별약관”의 제2조(보상하지 아니하는 손해)를 따릅니다.

제3조(의료비)

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접 결과로써 의사의 치료를 받은 때에는 1사고당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 의료비가 입금액을 한도로 피보험자가 실제로 부담한 의료비 전액을 수익자에게 지급합니다. 그러나 어떠한 경우에도 사고일로부터 180일을 한도로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 국민건강보험을 적용받지 아니한 경우(자동차사고, 산업재해보상사고등을 포함합니다)에는 발생한 의료비 총액의 50% 해당액을 1사고당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 의료비가입금액을 한도로 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 아래의 각호에 해당하는 비용은 보험금을 지급하지 아니합니다.

1. 한약재등의 보신용 투약비용.
2. 병실료차액(실제사용병실과 기준병실과의 병실료차액). 다만, 의사가 치료상 부득이 기준병실보다 입원료가 비싼 병실(이하 “상급병실”이라 합니다)에 입원하여야 하여야 한다고 판단하여 상급병실에 입원한 경우에는 예외로 하며, 병실의 사정으로 부득이 상급병실에 입원하였을 때에는 7일의 범위내에서 예외로 합니다.
3. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용.

④ 제1항 또는 제2항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 제1항 또는 제2항의 비용을 초과했을 때, 회사는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 의료비보험금을 수익자에게 지급합니다.

<용어풀이>

다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

⑤ 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 제1항에 따라 치료를 받는 도중 보험기간이 만료되었을

경우에도 보험기간 만료전 사고일로부터 180일 한도로 제1항의 규정에 따라 보상하여 드립니다.

제4조(보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 5년으로 합니다. 단, 보통약관의 보험기간 종료일이 5년미만인 경우에는 그 잔여 보험기간을 이 특별약관의 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관의 보험기간이 100세만기인 경우에는 피보험자의 80세계약해당일을 최종 갱신특별약관의 보험기간 종료일로 하며 그 기간이 5년 미만인 경우에는 그 잔여 보험기간을 이 특별약관의 보험기간으로 합니다.
- ③ 회사는 이 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 15일 전까지 계약자의 별도 의사표시가 없을 때에는 종전의 특별약관(이하 “갱신전 특별약관”이라 합니다)과 동일한 내용으로 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신된 특별약관(이하 “갱신 특별약관”이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내 일것
 2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 정한 연령의 범위 내일것
 3. 갱신전 특별약관의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ④ 회사가 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 갱신특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ⑤ 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 피보험자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

제5조(갱신 특별약관 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전 특별약관의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신특별약관의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 때에는 갱신특별약관의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지 납입하여야 하며, 보험계약자가 보험료를 납입하지 않는 경우 갱신특별약관의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일에 갱신 특별약관은 해제된 것으로 봅니다.
- ② 동 기간(갱신 특별약관의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 경우 갱신 특별약관의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일)안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제6조(보험료의 대체납입)

- ① 계약자는 보험료 납입기간중 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 이 특약의 보험료를 납입합니다.
- ② 계약자는 제 1항에서 정한 방법으로 이 특약의 보험료가 전액 충당될 수 없는 경우에는 그 초과액을 추가로 납입하여야 합니다.
- ③ 보통약관 제11조(보험료의 납입면제)에도 불구하고 계약자는 제1항 및 제2항에 따라 이 특약의 보험료를 계속납입 하여야 합니다.

제7조(보험료 납입면제 대체납입)

회사는 제6조(보험료의 대체납입) 제3항에도 불구하고 피보험자의 80세 계약해당일 이전에 피보험자가 보통약관 제11조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 “69. 의료비관련 보험료납입면제 대체납입 특별약관”을 가입한 피보험자에 한하여 “69. 의료비관련 보험료납입면제 대체납입 특별약관”의 제4조(의료비관련 보험료납입면제의 대체납입)의 보험금에서 대체하는 방법으로 이 특약 보험료를 납입합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제11조의 보험료납입면제, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

4. 일반상해 임시생활비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 상해(이하 “일반상해”라 합니다)를 입었을 때에는 그 상해로 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

이 특별약관의 보상하지 아니하는 손해는 “1. 일반상해 사망·후유장해 특별약관”의 제2조(보상하지 아니하는 손해)를 따릅니다.

제3조(임시생활비)

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 사고일로부터 180일 이내의 입원에 한하여 보험가입증서(보험증권)에 기재된 일당액을 임시생활비로 수익자에게 지급합니다. 단, 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 경우에 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

② 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 임시생활비를 계속 보상합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 임시생활비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제4조(손해보상후의 계약)

① 피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

5. 일반상해 간병비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 상해(이하 “일반상해”라 합니다)를 입었을 때에는 그 상해로 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

이 특별약관의 보상하지 아니하는 손해는 “1. 일반상해 사망·후유장해 특별약관”의 제2조(보상하지 아니하는 손해) 및 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 경우에 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제3조(상해 간병비)

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 31일이상 계속하여 입원하여 치료를 받은 경우에는 사고일로부터 180일 이내의 입원에 한하여 아래의 금액을 상해 간병비로 수익자에게 지급합니다.

(가 10)

구분	지급금액
31 !이상 계속입원시	10 만원
61 !이상 계속입원시	10 만원 추가 지급
91 !이상 계속입원시	10 만원 추가 지급
121 !이상 계속입원시	10 만원 추가 지급

1

가

2

③ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해간병비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제4조(손해보상후의 계약)

① 피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

6. 교통상해 사망·후유장해 특별약관(운전자형 및 비운전자형)

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 아래에 정한 사고(이하 “교통사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 상해(이하 “교통상해”라 합니다)를 입었을 때에는 그 상해로 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

<운전자형>

1. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 “자동차 운전중 교통사고”라 합니다)

<용어풀이>

‘자동차를 운전하던 중’이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통승용구에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “탑승중 교통사고”라 합니다)
3. 운행중인 자동차 및 기타교통승용구에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통승용구(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉, 또는 이들 자동차 및 교통승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다)

<비운전자형>

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통승용구에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “탑승중 교통사고”라 합니다)
 2. 운행중인 자동차 및 기타교통승용구에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통승용구(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉, 또는 이들 자동차 및 교통승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다)
- ② 제1항의 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

③ 제1항의 기타교통승용구라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 동안은 기타교통승용구로 보지 아니합니다)

제2조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 고의
2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
5. 피보험자의 질병
6. 피보험자의 심신상실 또는 정신질환
7. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
8. 피보험자의 사형
9. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
11. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
12. 제11호 이외의 방사선을 쬌는것 또는 방사능 오염

② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버 다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

④ 회사는 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수용구에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
2. 하역작업을 하는 동안
3. 자동차 및 기타교통수용구의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제3조(사망보험금)

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 사망하였을 경우에는 아래의 금액을 사망보험금으로 수익자에게 지급합니다.

기준 : 특약 보험가입금액 2,000만원

구 분		지급금액
운전자형		2,000 만원
비운전자형	피보험자의 실제 만나이가 15세 미만일 경우	200 만원
	피보험자의 실제 만나이가 15세 이상일 경우	2,000 만원

② 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제4조(후유장해보험금)

① 고도후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】의 각호에 정한 장해분류표의 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해(이하 “고도후유장해”라 합니다)가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 교통상해 사망 및 후유장해 보험가입금액(이하 “고도후유장해보험금”이라 합니다)을 수익자에게 지급합니다.

② 일반후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】의 각호에 정한 장해분류표의 지급률이 80%미만에 해당하는 후유장해(이하 “일반후유장해”라 합니다)가 남았을 경우에는 교통상해 사망 및 후유장해 보험가입금액에 【별표1】 각호에 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액(이하 “일반후유장해보험금”이라 합니다)을 수익자에게 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해 지급률로 제1항 및 제2항을 적용합니다.

④ 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 사고일로부터 180일이 지나도록 【별표1】의 각호에서 정한 후유장해지급률이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

- ⑥ 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.
1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

제5조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 제4조(후유장해보험금) 제2항에서 정한 일반후유장해보험금을 지급한 경우에는 남은 보험기간에 대한 교통상해 사망 및 후유장해의 가입금액은 감액되지 아니하며, 회사가 제4조(후유장해보험금) 제1항에서 고도후유장해보험금을 지급한 경우에는 제4조(후유장해보험금) 제1항의 고도후유장해보험금은 더 이상 보상하지 않습니다.
- ② 제3조(사망보험금)의 사망보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다.
- ③ 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 제1항 이외에 피보험자가 이 계약에서 보상하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 규정에도 불구하고 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

7. 교통상해 50%이상 소득보상자금(후유장해연금) 특별약관(운전자형 및 비운전자형)

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 아래에 정한 사고(이하 “교통사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 상해(이하 “교통상해”라 합니다)를 입었을 때에는 그 상해로 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

<운전자형>

1. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 “자동차 운전중 교통사고”라 합니다)

<용어풀이>

‘자동차를 운전하던 중’이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통승용구에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “탑승중 교통사고”라 합니다)
3. 운행중인 자동차 및 기타교통승용구에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통승용구(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉, 또는 이들 자동차 및 교통승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다)

<비운전자형>

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통승용구에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “탑승중 교통사고”라 합니다)
2. 운행중인 자동차 및 기타교통승용구에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통승용구(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉, 또는 이들 자동차 및 교통승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다)

② 제1항의 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

③ 제1항의 기타교통승용구라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)

4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 동안은 기타교통승용구로 보지 아니합니다)

제2조(보상하지 아니하는 손해)

이 특별약관의 보상하지 아니하는 손해는 “6. 교통상해 사망·후유장해 특별약관(운전자형 및 비운전자형)”의 제2조(보상하지 아니하는 손해)를 따릅니다.

제3조(50%이상 소득보상자금(후유장해연금))

- ① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】의 지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 교통상해 50%이상 소득보상자금(후유장해연금)으로 매사고마다 이 특별약관의 50%이상 소득보상자금(후유장해연금) 가입금액의 10% 해당액을 매년 사고발생일에 10년동안 수익자에게 확정 지급합니다. 그러나, 80%이상 후유장해가 발생하였을 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 소득보상자금(후유장해연금)은 피보험자의 요청에 의하여 이 보험의 예정이율로 할인한 금액을 일시금으로 지급하여 드릴 수 있습니다.
- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 사고일부터 180일이 지나도록 【별표1】의 각호에서 정한 후유장해 지급률이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장해 지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
- ⑥ 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 발생한 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다.
1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장해보험금의 지급 사유가 되지 않았던 후유장해
 2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또

는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

제4조(손해보상후의 계약)

- ① 한 번의 사고에 대하여 교통상해 80%이상 후유장해가 발생한 경우에는 이 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 제3항의 규정에도 불구하고 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

제5조(특약 보험료의 납입면제)

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 아래 사항중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸하지 않은 경우에는 차회 이후의 특약보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 - 1. 피보험자가 보험기간중 보통약관 제7조(회사의 보장의 시기 및 종기) 제1항의 “암보장개시일”이 후에 최초로 보통약관 제16조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되었을 때
 - 2. 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제17조(“질병특정고도장해”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병특정고도장해로 진단 확정 되었을 때
- ② 제1항 제1호에도 불구하고 피보험자가 보통약관 제16조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 상피내암 또는 기타피부암 또는 경계성종양 또는 갑상샘암으로 진단이 확정 되었을 때에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
- ③ 제1항 제2호의 규정에도 불구하고 피보험자의 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용, 선천적 기형, 선척적 질환, 정신질환 및 이에 연유한 병상을 원인으로 한 질병으로 질병특정고도장해 진단이 확정되었을 때에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제11조의 보험료의 납입면제, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

8. 교통상해의료비 특별약관(운전자형 및 비운전자형)

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 아래에 정한 사고(이하 “교통사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 상해(이하 “교통상해”라 합니다)를 입었을 때에는 그 상해로 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

<운전자형>

1. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 “자동차 운전중 교통사고”라 합니다)
<용어풀이>
‘자동차를 운전하던 중’이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통승용구에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “탑승중 교통사고”라 합니다)
3. 운행중인 자동차 및 기타교통승용구에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통승용구(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉, 또는 이들 자동차 및 교통승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다)

<비운전자형>

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통승용구에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “탑승중 교통사고”라 합니다)
2. 운행중인 자동차 및 기타교통승용구에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통승용구(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉, 또는 이들 자동차 및 교통승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다)

② 제1항의 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계는 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

③ 제1항의 기타교통승용구라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 동안은 기

타교통승용구로 보지 아니합니다)

제2조(보상하지 아니하는 손해)

이 특별약관의 보상하지 아니하는 손해는 “6. 교통상해 사망·후유장해 특별약관(운전자형 및 비운전자형)”의 제2조(보상하지 아니하는 손해)를 따릅니다.

제3조(의료비)

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접 결과로써 의사의 치료를 받은 때에는 1사고당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 의료비가입금액을 한도로 피보험자가 실제로 부담한 의료비 전액을 수익자에게 지급합니다. 그러나 어떠한 경우에도 사고일로부터 180일을 한도로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 국민건강보험을 적용받지 아니한 경우(자동차사고, 산업재해보상사고등을 포함합니다)에는 발생한 의료비 총액의 50% 해당액을 1사고당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 의료비가입금액을 한도로 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 아래의 각호에 해당하는 비용은 보험금을 지급하지 아니합니다.

1. 한약재등의 보신용 투약비용.
2. 병실료차액(실제사용병실과 기준병실과의 병실료차액). 다만, 의사가 치료상 부득이 기준병실보다 입원료가 비싼 병실(이하 “상급병실”이라 합니다)에 입원하여야 하여야 한다고 판단하여 상급병실에 입원한 경우에는 예외로 하며, 병실의 사정으로 부득이 상급병실에 입원하였을 때에는 7일의 범위내에서 예외로 합니다.
3. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용.
- ④ 제1항 또는 제2항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 제1항 또는 제2항의 비용을 초과했을 때, 회사는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 의료비보험금을 수익자에게 지급합니다.

<용어풀이>

다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

⑤ 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 제1항에 따라 치료를 받는 도중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 사고일로부터 180일 한도로 제1항의 규정에 따라 보상하여 드립니다.

제4조(손해보상후의 계약)

① 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보

험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

9. 교통상해 임시생활비 특별약관(운전자형 및 비운전자형)

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 아래에 정한 사고(이하 “교통사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 상해(이하 “교통상해”라 합니다)를 입었을 때에는 그 상해로 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

<운전자형>

1. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 “자동차 운전중 교통사고”라 합니다)
<용어풀이>
‘자동차를 운전하던 중’이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통승용구에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “탑승중 교통사고”라 합니다)
3. 운행중인 자동차 및 기타교통승용구에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통승용구(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉, 또는 이들 자동차 및 교통승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다)

<비운전자형>

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통승용구에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “탑승중 교통사고”라 합니다)
2. 운행중인 자동차 및 기타교통승용구에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통승용구(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉, 또는 이들 자동차 및 교통승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다)

② 제1항의 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

③ 제1항의 기타교통승용구라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 동안은 기

타교통승용구로 보지 아니합니다)

제2조(보상하지 아니하는 손해)

이 특별약관의 보상하지 아니하는 손해는 “6. 교통상해 사망·후유장해 특별약관(운전자형 및 비운전자형)”의 제2조(보상하지 아니하는 손해)를 따릅니다.

제3조(임시생활비)

- ① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 사고일로부터 180일 이내의 입원에 한하여 보험가입증서(보험증권)에 기재된 일당액을 임시생활비로 수익자에게 지급합니다. 단, 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 경우에 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
- ② 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 임시생활비를 계속 보상합니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 임시생활비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제4조(손해보상후의 계약)

- ① 피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

10. 신주말 교통상해 사망·후유장해 특별약관 (운전자형 및 비운전자형)

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중 신주말에 아래에 정한 사고(이하 “신주말 교통사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 상해(이하 “교통상해”라 합니다)를 입었을 때에는 그 상해로 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

<용어정의>

신주말 : 사고발생지의 표준시를 기준으로 금요일, 토요일, 사고발생지의 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 및 근로자의 날을 말합니다.

<운전자형>

1. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 “자동차 운전중 교통사고”라 합니다)

<용어풀이>

‘자동차를 운전하던 중’이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통승용구에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “탑승중 교통사고”라 합니다)
3. 운행중인 자동차 및 기타교통승용구에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통승용구(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉, 또는 이들 자동차 및 교통승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다)

<비운전자형>

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통승용구에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “탑승중 교통사고”라 합니다)
2. 운행중인 자동차 및 기타교통승용구에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통승용구(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉, 또는 이들 자동차 및 교통승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다)

② 제1항의 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

③ 제1항의 기타교통승용구라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

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

이터, 모노레일

2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 동안은 기타교통승용구로 보지 아니합니다)

제2조(보상하지 아니하는 손해)

이 특별약관의 보상하지 아니하는 손해는 “6. 교통상해 사망·후유장해 특별약관(운전자형 및 비운전자형)”의 제2조(보상하지 아니하는 손해)를 따릅니다.

제3조(사망보험금)

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 정한 신주말 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 사망하였을 경우에는 아래의 금액을 사망보험금으로 수익자에게 지급합니다.

기준 : 특약 보험가입금액 2,000만원

구 분		지급금액
운전자형		2,000 만원
비운전자형	피보험자의 실제 만나이가 15세 미만일 경우	200 만원
	피보험자의 실제 만나이가 15세 이상일 경우	2,000 만원

② 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제4조(후유장해보험금)

① 고도후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 신주말 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】의 각호에 정한 장해분류표의 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해(이하 “고도후유장해”라 합니다)가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을(이하 “고도후유장해보험금”이라 합니다)을 수익자에게 지급합니다.

② 일반후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 신주말 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】의 각호에 정한 장해분류표의 지급률이 80%미만에 해당하는 후유장해(이하 “일반후유장해”라 합니다)가 남았을 경우에는 이 특별약관 보험가입금액에 【별표1】의 각호에 정한 지급율을 곱하여 산출한 금액(이하 “일반후유장해보험금”이라 합니다)을 수익자에게 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는

장해이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해 지급률로 제1항 및 제2항을 적용합니다.

④ 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 사고일부터 180일이 지나도록 【별표1】의 각호에서 정한 후유장해지급률이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

⑥ 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

제5조(손해보상후의 계약)

① 회사가 제4조(후유장해보험금) 제2항에서 정한 일반후유장해보험금을 지급한 경우에는 남은 보험기간에 대한 이 특별약관의 가입금액은 감액되지 아니하며, 회사가 제4조(후유장해보험금) 제1항에서 고도후유장해보험금을 지급한 경우에는 제4조(후유장해보험금) 제1항의 고도후유장해보험금은 더 이상 보상하지 않습니다.

② 제3조(사망보험금)의 사망보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다.

③ 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

④ 제1항 이외에 피보험자가 이 계약에서 보상하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

⑤ 제3항의 규정에도 불구하고 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제2

조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

11. 신주말 교통상해 50%이상 소득보상자금(후유장해연금) 특별약관(운전자형 및 비운전자형)

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중 신주말에 아래에 정한 사고(이하 “신주말 교통사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 상해(이하 “교통상해”라 합니다)를 입었을 때에는 그 상해로 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

<용어정의>

신주말 : 사고발생지의 표준시를 기준으로 금요일, 토요일, 사고발생지의 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 및 근로자의 날을 말합니다.

<운전자형>

1. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 “자동차 운전중 교통사고”라 합니다)

<용어풀이>

‘자동차를 운전하던 중’이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통승용구에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “탑승중 교통사고”라 합니다)
3. 운행중인 자동차 및 기타교통승용구에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통승용구(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉, 또는 이들 자동차 및 교통승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다)

<비운전자형>

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통승용구에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “탑승중 교통사고”라 합니다)
2. 운행중인 자동차 및 기타교통승용구에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통승용구(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉, 또는 이들 자동차 및 교통승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다)

② 제1항의 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

③ 제1항의 기타교통승용구라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

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

이터, 모노레일

2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 동안은 기
타교통승용구로 보지 아니합니다)

제2조(보상하지 아니하는 손해)

이 특별약관의 보상하지 아니하는 손해는 “6. 교통상해 사망·후유장해 특별약관(운전자형 및 비운전자형)”의 제2조(보상하지 아니하는 손해)를 따릅니다.

제3조(50%이상 소득보상자금(후유장해연금))

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 신주말 교통사고로 신체에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】의 지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 교통상해 50%이상 소득보상자금(후유장해연금)으로 매사고마다 이 특별약관의 50%이상 소득보상자금(후유장해연금) 가입금액의 10% 해당액을 매년 사고발생일에 10년동안 수익자에게 확정 지급합니다. 그러나, 80%이상 후유장해가 발생하였을 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

② 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항을 적용합니다.

③ 소득보상자금(후유장해연금)은 수익자의 요청에 의하여 이 보험의 예정이율로 할인한 금액을 일시금으로 지급하여 드릴 수 있습니다.

④ 제1항의 규정에도 불구하고 사고일로부터 180일이 지나도록 【별표1】의 각호에서 정한 후유장해 지급률이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장해 지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

⑥ 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 발생한 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한

것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장해보험금의 지급 사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1항 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

제4조(손해보상후의 계약)

- ① 한 번의 사고에 대하여 교통상해 80%이상 후유장해가 발생한 경우에는 이 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ④ 제3항의 규정에도 불구하고 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

제5조(특약 보험료의 납입면제)

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 아래 사항중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸하지 않은 경우에는 차회 이후의 특약보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 1. 피보험자가 보험기간중 보통약관 제7조(회사의 보장의 시기 및 종기) 제1항의 “암보장개시일”이 후에 최초로 보통약관 제16조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되었을 때
 2. 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제17조(“질병특정고도장해”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병특정고도장해로 진단 확정 되었을 때
- ② 제1항 제1호에도 불구하고 피보험자가 보통약관 제16조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 상피내암 또는 기타피부암 또는 경계성종양 또는 갑상샘암으로 진단이 확정 되었을 때에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
- ③ 제1항 제2호의 규정에도 불구하고 피보험자의 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용, 선천적 기형, 선천적 질환, 정신질환 및 이에 연유한 병상을 원인으로 한 질병으로 질병특정고도장해 진단이 확정되었을 때에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제11조의 보험료의 납입면제, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

12. 골프중상해 사망·후유장해 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 골프시설(골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장, 탈의실등 그 이외의 부속시설 포함) 구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에따른 탈의, 휴식 포함)중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “골프중 사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외함)에 상해를 입었을 때 그 상해로 생긴 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

이 특별약관의 보상하지 아니하는 손해는 “1. 일반상해 사망·후유장해 특별약관”의 제2조(보상하지 아니하는 손해)를 따릅니다.

제3조(사망보험금)

회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 골프중 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 사망하였을 경우에는 골프중상해 사망보험가입금액을 골프중상해 사망보험금으로 수익자에게 지급합니다.

제4조(후유장해보험금)

① 고도후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 골프중 사고로 신체에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】의 각호에 정한 장애분류표의 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해(이하 “고도후유장해”라 합니다)가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 골프중상해 사망 및 후유장해 가입금액(이하 “고도후유장해보험금”이라 합니다)전액을 수익자에게 지급합니다.

② 일반후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 골프중 사고로 신체에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】의 각호에 정한 장애분류표의 지급률이 80%미만에 해당하는 후유장해(이하 “일반후유장해”라 합니다)가 남았을 경우에는 골프중상해 사망 및 후유장해 가입금액에 【별표1】 각호에 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액(이하 “일반후유장해보험금”이라 합니다)을 수익자에게 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장해 지급률로 제1항 및 제2항을 적용합니다.

④ 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 사고일로부터 180일이 지나도록 【별표1】의 각호에서 정한 후유장해지급률이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없

이 신체의 장애정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】의 각 장애분류별 최저지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

⑥ 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

제5조(보험금의 지급한도)

① 회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 후유장해보험금은 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

② 회사는 하나의 사고로 제3조(사망보험금)의 사망보험금 및 제4조(후유장해보험금) 제2항 일반후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급합니다.

제6조(손해보상후의 계약)

① 회사가 제4조(후유장해보험금) 제2항에서 정한 일반후유장해보험금을 지급한 경우에는 남은 보험기간에 대한 이 특별약관의 가입금액은 감액되지 아니하며, 회사가 제4조(후유장해보험금) 제1항에서 고도후유장해보험금을 지급한 경우에는 제4조(후유장해보험금) 제1항의 고도후유장해보험금은 더 이상 보상하지 않습니다.

② 제3조(사망보험금)의 사망보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다.

③ 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

④ 제1항 이외에 피보험자가 이 계약에서 보상하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

⑤ 제3항의 규정에도 불구하고 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

13. 골절 · 화상 진단비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자(이하 “피보험자”라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인하여 상해를 입고 그 직접적인 결과로 아래에서 정한 골절로 진단을 받은 경우에는 이 특별약관의 가입금액을 수익자에게 지급하여 드립니다.

1. 보험계약일로부터 1년미만에 【별표6-1】(골절(치아파절제외)분류표)에 정한 골절로 진단을 받은 경우
2. 보험계약일로부터 1년이후에 【별표6】(골절분류표)에 정한 골절로 진단을 받은 경우

② 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자(이하 “피보험자”라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인하여 상해를 입고 그 직접적인 결과로 【별표7】(화상분류표)에 정한 화상(이하 “화상”이라 합니다)로 진단을 받은 경우에는 이 특별약관의 가입금액을 수익자에게 지급하여 드립니다.

③ 제1항 제1호의 골절이라 함은 “한국표준질병사인분류”에 의하여 【별표6-1】(골절(치아파절제외)분류표)에 정한 상병을 말하며, 제1항 제2호의 골절이라 함은 “한국표준질병사인분류”에 의하여 【별표6】(골절분류표)에 정한 상병을 말합니다.

④ 제1항의 골절진단자금은 1사고시마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

⑤ 제2항의 화상이라 함은 “한국표준질병사인분류”에 의하여 【별표7】(화상분류표)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고, 심재성 2도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.

⑥ 제2항의 화상진단자금은 1사고시마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상상태인 경우에도 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

⑦ 동일한 사고로 인하여 골절과 화상이 모두 발생한 경우에는 각각 1회에 한하여 골절진단자금과 화상진단자금을 지급하여 드립니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

① 이 특별약관의 보상하지 아니하는 손해는 “1. 일반상해 사망·후유장해 특별약관”의 제2조(보상하지 아니하는 손해)를 따릅니다.

② 제1조(보상하는 손해) 제1항 제1호의 경우 직간접을 묻지 아니하고 치아골절(파절)손해 또는 치아골절(파절)이 원인이 되어 발생한 골절손해는 보상하여 드리지 아니합니다. 다만, 동일사고로 골절(치아파절제외)이 치아골절(파절)과 동시에 발생한 경우는 제1조(보상하는 손해) 제3항에 따라 보상하여 드립니다.

제3조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

14. 골절·화상수술비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자(이하 “피보험자”라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인하여 상해를 입고 그 직접적인 결과로 【별표6】(골절분류표)에 정한 골절(이하 “골절”이라 합니다) 또는 【별표7】(화상분류표)에 정한 화상(이하 “화상”이라 합니다)으로 진단을 받고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술마다 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 수술이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진자(이하 「의사」라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항의 골절이라 함은 “한국표준질병사인분류”에 의하여 【별표6】(골절분류표)에서 정한 상병을 말합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 하나의 사고로 두종류 이상의 골절수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술자금을 수익자에게 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제1항의 화상이라 함은 “한국표준질병사인분류”에 의하여 【별표7】(화상분류표)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고, 심재성 2도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상수술을 받은 경우에는 하나의 화상수술자금을 수익자에게 지급하여 드립니다.
- ⑦ 동일한 사고로 인하여 골절수술과 화상수술을 받은 경우에는 각각 골절수술자금과 화상수술자금을 지급하여 드립니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 이 특별약관의 보상하지 아니하는 손해는 “1. 일반상해 사망·후유장해 특별약관”의 제2조(보상하지 아니하는 손해)를 따릅니다.
- ② 회사는 아래에 사유로 인한 골절 또는 화상수술은 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함함)
 2. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제3조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보

험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

15. 깁스치료비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 상해 또는 질병으로 인하여 깁스(Cast)치료를 받은 경우 매사고마다 보험가입증서(보험증권)에 기재된 일정금액을 깁스치료비로 수익자에게 지급합니다. 다만, 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체 부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함하지 아니합니다.

《깁스(Cast)치료의 정의》

깁스(Cast)치료라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast)감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 의미함. 단, 부목(Splint cast)치료는 제외합니다. “부목(Splint cast)치료”란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 고의
2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
5. 피보험자의 심신상실 또는 정신질환
6. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해 또는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
7. 피보험자의 사형
8. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
9. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
10. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
11. 제10호 이외의 방사선을 쬔것 또는 방사능 오염

② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
- ③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버 다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
 2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

16. 암사망급여금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 제2항의 “암보장개시일” 이후에 암 또는 “보장개시일” 이후에 기타피부암, 갑상샘암으로 진단확정되고, 그 암 또는 기타피부암, 갑상샘암으로 인하여 사망하거나 또는 그 암 또는 기타피부암, 갑상샘암이 치유된 후 직접결과로써 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】 “장해분류표”에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우 아래의 금액을 암사망보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다.

(기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원)

구 분	암 사망급여금	기타피부암 사망급여금 갑상샘암 사망급여금
90일이하	-	500 만원
90일초과 1년 이내	500 만원	500 만원
1년초과	1,000 만원	1,000 만원

② 암에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로부터(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 기타피부암, 갑상샘암에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항을 적용합니다.

④ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 암사망보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 그 질병의 진단일(이하 “사고일”이라 합니다)부터 180일이 지나도록 【별표1】의 각호에서 정한 후유장해지급률이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

⑥ 동일한 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조(“암”등의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는

질병(【별표2】 “악성신생물 분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), C73(갑상샘의 악성신생물) 및 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타피부의 악성신생물로 분류되는 질병(【별표2】 “악성신생물 분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)”참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 “갑상샘암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표2】의 “악성신생물 분류표의 분류번호 C73”(【별표2】 “악성신생물 분류표” 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 제1항 내지 제3항에서 암, 기타피부암, 갑상샘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문 의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암, 기타피부암, 갑상샘암에 대한 임상학적 진단이 암, 기타피부암, 갑상샘암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(특약의 무효)

계약을 맺을 때에 보통약관 제4조(계약의 무효) 이외에 아래와 같은 사실이 있으면 이 계약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

- ① 피보험자가 계약일로부터 제1조(보상하는 손해) 제2항에 정한 “암보장 개시일” 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우
- ② 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 한 경우
- ③ 제2항에서 피보험자의 나이가 만15세 미만에 해당하는지의 여부는 보통약관 제8조(보험나이의 계산)에도 불구하고 실제 만나이를 적용합니다.

제4조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 + 1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 이 특별약관의 부활(효력회복)에 관하여는 보통약관 제1조(보험계약의 성립), 보통약관 제7조(회사의 보장의 시기 및 중기), 보통약관 제11조(보험료의 납입면제), 보통약관 제28조(계약전 알릴의무) 및 보통약관 제30조(알릴의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며 제1조(보상하는 손해) 제2항의 “암보장개시일”을 다시 적용합니다.

제5조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 이 계약에서 보상하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 계약은 소

멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해 및 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

17. 3대고액치료비암진단급여금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 제2항의 “3대고액치료비암 보장개시일” 이후에 3대고액치료비암으로 진단 확정되었을 때에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 3대고액치료비암 진단급여금으로 수익자에게 지급합니다.

(특약 보험가입금액 1,000만원 기준)

구 분	90일이하	90일초과 1년 이내	1년초과
3대고액치료비암 진단급여금	15세미만 : 500만원 15세이상 : 없음	500만원	1,000만원

② 3대고액치료비암에 대한 회사의 보장개시일은 보통약관 제8조(보험나이의 계산)에 따라 계산된 피보험자의 나이가 15세미만인 때에는 계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로부터(이하 “3대고액치료비암 보장개시일”이라 합니다) 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

제2조(3대고액치료비암의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “3대고액치료비암”이라 함은 【별표8】 “3대고액치료비암 분류표”에서 정한 뼈 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물을 말합니다. 다만 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

② 3대고액치료비암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는, 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학 적 진단이 가능하지 않을 때에는 3대고액치료비암에 대한 임상학적 진단이 3대고액치료비암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 3대고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(특약의 무효)

계약을 맺을 때 피보험자가 보험 계약일로부터 “3대고액치료비암 보장개시일”의 전일 이전에 3대고액치료비암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관의 계약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제4조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 + 1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

② 이 특별약관의 부활(효력회복)에 관하여는 보통약관 제1조(보험계약의 성립), 보통약관 제7조(회사의 보장의 시기 및 중기), 보통약관 제11조(보험료의 납입면제), 보통약관 제28조(계약전 알릴의

무) 및 보통약관 제30조(알릴의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며 제1조(보상하는 손해) 제2항의 “3대고액치료비암 보장개시일”을 다시 적용합니다.

제5조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특약보험료의 납입면제)

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 아래 사항중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생하고 특약이 소멸하지 않은 경우에는 차회 이후의 특약보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 - 1. 피보험자가 보험기간중 최초로 “3대고액치료비암 이외의 암”으로 진단 확정되었을 때
단, “3대고액치료비암 이외의 암”이란 보통약관 제16조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 암 중에서 【별표8】 “3대고액치료비암 분류표”에서 정한 악성신생물을 제외한 암을 말합니다.
 - 2. 피보험자가 보험기간 중에 급격하고 우연한 외래의 사고로 인하여 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접적인 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】에서 정한 장애분류표의 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우
 - 3. 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제17조(“질병특정고도장해”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병특정고도장해로 진단 확정 되었을 때
- ② 제1항 제1호에도 불구하고 피보험자가 제16조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 상피내암 또는 기타피부암 또는 경계성종양 또는 갑상샘암으로 진단이 확정 되었을 때에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ③ 제1항 제2호의 규정에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급율의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항 제2호를 적용합니다.
- ④ 제1항 제3호의 규정에도 불구하고 피보험자의 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용, 선천적 기형, 선척적 질환, 정신질환 및 이에 연유한 병상을 원인으로 한 질병으로 질병특정고도장해 진단이 확정되었을 때에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ⑤ 제1항 제2호 및 제3항의 규정에도 불구하고 사고일부터 180일이 지나도록 【별표1】의 각호에서 정한 후유장해지급률이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑥ 제1항 제2호의 경우 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

다만, 【별표1】의 각 장애분류별 최저지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 아니합니다.

⑦ 제1항 제2호의 경우 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제1항 제2호의 경우 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

18. 여성3대암진단급여금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 제2항의 “여성3대암 보장개시일” 이후에 여성3대암으로 진단 확정되었을 때에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 여성3대암 진단급여금으로 수익자에게 지급합니다.

(특약 보험가입금액 1,000만원 기준)

구 분	90일이하	90일초과 1년 이내	1년초과
여성3대암진단급여금	15세미만 : 500만원 15세이상 : 없음	500만원	1,000만원

② 여성3대암에 대한 회사의 보장개시일은 보통약관 제8조(보험나이의 계산)에 따라 계산된 피보험자의 나이가 15세미만인 때에는 계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로부터(이하 “여성3대암 보장개시일”이라 합니다) 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

제2조(여성3대암의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “여성3대암”이라 함은 【별표9】 “여성3대암 분류표”에서 정한 위의악성신생물, 유방의 악성신생물, 자궁목의 악성신생물, 자궁체의 악성신생물, 상세불명 자궁부위의 악성신생물, 난소의 악성신생물, 태반의 악성신생물을 말합니다. 다만 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

② 여성3대암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는, 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 여성3대암에 대한 임상학적 진단이 여성3대암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 여성3대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(특약의 무효)

계약을 맺을 때 피보험자가 보험 계약일로부터 “여성3대암 보장개시일”의 전일 이전에 여성3대암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관의 계약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제4조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 + 1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

② 이 특별약관의 부활(효력회복)에 관하여는 보통약관 제1조(보험계약의 성립), 보통약관 제7조(회사의 보장의 시기 및 중기), 보통약관 제11조(보험료의 납입면제), 보통약관 제28조(계약전 알릴의

무) 및 보통약관 제30조(알릴의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며 제1조(보상하는 손해) 제2항의 “여성3대암 보장개시일”을 다시 적용합니다.

제5조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특약보험료의 납입면제)

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 아래 사항중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생하고 특약이 소멸하지 않은 경우에는 차회 이후의 특약보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 - 1. 피보험자가 보험기간중 최초로 “여성3대암 이외의 암”으로 진단 확정되었을 때
단, “여성3대암 이외의 암”이란 보통약관 제16조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 암 중에서 【별표9】 “여성3대암 분류표”에서 정한 악성신생물을 제외한 암을 말합니다.
 - 2. 피보험자가 보험기간 중에 급격하고 우연한 외래의 사고로 인하여 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접적인 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】에서 정한 장애분류표의 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우
 - 3. 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제17조(“질병특정고도장해”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병특정고도장해로 진단 확정 되었을 때
- ② 제1항 제1호에도 불구하고 피보험자가 제16조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 상피내암 또는 기타피부암 또는 경계성종양 또는 갑상샘암으로 진단이 확정 되었을 때에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ③ 제1항 제2호의 규정에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급율의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항 제2호를 적용합니다.
- ④ 제1항 제3호의 규정에도 불구하고 피보험자의 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용, 선천적 기형, 선척적 질환, 정신질환 및 이에 연유한 병상을 원인으로 한 질병으로 질병특정고도장해 진단이 확정되었을 때에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ⑤ 제1항 제2호 및 제3항의 규정에도 불구하고 사고일부터 180일이 지나도록 【별표1】의 각호에서 정한 후유장해지급률이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑥ 제1항 제2호의 경우 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

다만, 【별표1】의 각 장애분류별 최저지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 아니합니다.

⑦ 제1항 제2호의 경우 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제1항 제2호의 경우 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

19. 양성뇌종양 진단급여금 보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자(이하 “피보험자”라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 양성뇌종양으로 진단 확정되는 경우에 이 특별약관에 따라 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 양성뇌종양 진단급여금으로 수익자에게 지급합니다.

제2조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 제1조(보상하는 손해)의 양성뇌종양 진단급여금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에도 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 그때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

제3조(양성뇌종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “양성뇌종양”이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두 개내(머리내)의 종양을 포함합니다.
- ② 제1항의 “양성뇌종양”은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함이 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 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진자(이하 “의사”라 합니다)중 신경과 의사 또는 신경외과의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기공명영상(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 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

20. 암진단급여금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 제2항의 “암보장개시일” 이후에 암 또는 “보장개시일” 이후에 기타피부암, 상피내암, 경계성종양, 갑상샘암으로 진단 확정된 경우 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단급여금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구 분	보험계약일로부터 90일 이내 진단시	보험계약일로부터 90일초과 1년 이내 진단시	보험계약일로부터 1년초과 진단시
암진단급여금	15세미만 : 500만원 15세이상 : 없음	500만원	1,000만원
갑상샘암진단급여금	250만원		500만원
기타피부암진단급여금 상피내암진단급여금 경계성종양진단급여금	100만원		200만원

② 암에 대한 회사의 보장개시일은 보통약관 제8조(보험나이의 계산)에 따라 계산된 피보험자의 만 나이가 15세미만인 때에는 계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로부터(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 및 경계성종양에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 암으로 진단확정되어 암진단급여금을 지급 받은 이후에 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양으로 진단확정시에는 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양 진단급여금은 지급되지 아니합니다.

제2조(“암”등의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표2】 “악성신생물 분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), C73(갑상샘의 악성신생물) 및 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타피부의 악성신생물로 분류되는 질병(【별표2】 “악성신생물 분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)”참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 “갑상샘암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표2】의 “악성신생물 분류표의 분류번호 C73”(【별표2】 “악성신생물 분류표” 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물

로 분류되는 질병(【별표3】 “상피내의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류 되는 질병(【별표4】 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

⑥ 제1항 내지 제5항에서 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양의 진단확정은 해부 병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양에 대한 임상학적 진단이 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(특약의 무효)

계약을 맺을 때 피보험자가 보험 계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관의 계약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제4조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 + 1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

② 이 특별약관의 부활(효력회복)에 관하여는 보통약관 제1조(보험계약의 성립), 보통약관 제7조(회사의 보장의 시기 및 종기), 보통약관 제11조(보험료의 납입면제), 보통약관 제28조(계약전 알릴의무) 및 보통약관 제30조(알릴의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보상하는 손해) 제2항의 “암보장개시일”을 다시 적용합니다.

제5조(손해보상후의 계약)

① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특약보험료의 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 아래 사항중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생하고 특약이 소멸하지 않은 경우에는 차회 이후의 특약보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 피보험자가 보험기간 중에 급격하고 우연한 외래의 사고로 인하여 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접적인 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히

상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】에서 정한 장애분류표의 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우

2. 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제17조(“질병특정고도장해”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병특정고도장해로 진단 확정 되었을 때

② 제1항 제1호의 규정에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급율의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항 제2호를 적용합니다.

③ 제1항 제2호의 규정에도 불구하고 피보험자의 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용, 선천적 기형, 선척적 질환, 정신질환 및 이에 연유한 병상을 원인으로 한 질병으로 질병특정고도장해 진단이 확정되었을 때에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

④ 제1항 제1호 및 제2항의 규정에도 불구하고 사고일부터 180일이 지나도록 【별표1】의 각호에서 정한 후유장해지급률이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제1항 제1호의 경우 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】의 각 장애분류별 최저지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

⑥ 제1항 제1호의 경우 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 제1항 제1호의 경우 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제11조의 보험료의 납입면제, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

21. 암입원급여금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 제2항의 “암보장개시일” 이후에 암 또는 “보장개시일” 이후에 기타피부암, 상피내암, 경계성종양, 갑상샘암의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속입원 (“병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다”. 이하 같습니다)하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 아래의 금액을 암입원급여금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

(기준 : 특약보험가입금액 1만원)

구 분	암 입원급여금	갑상샘암 입원급여금	기타피부암입원급여금 상피내암입원급여금 경계성종양입원급여금
계약일로부터 90일 이내	15세미만 : 3일초과 1일당 1만원 15세이상 : 없음	3일초과 1일당 5천원	3일초과 1일당 2천원
계약일로부터 90일 초과	3일초과 1일당 1만원		

② 암에 대한 회사의 보장개시일은 보통약관 제8조(보험나이의 계산)에 따라 계산된 피보험자의 만 나이가 15세미만인 때에는 계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로부터(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 및 경계성종양에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

③ 암, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암 및 경계성종양 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

④ 피보험자가 암, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암 및 경계성종양의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 암, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암 및 경계성종양에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

⑤ 피보험자가 “암보장개시일” 또는 “보장개시일” 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료 되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 120일을 한도로 위의 입원급여금은 계속 보장하여 드립니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사의 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제2조(“암”등의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표2】 “악성신생물 분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), C73(갑상샘의 악성신생물) 및 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant

potential)는 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타피부의 악성신생물로 분류되는 질병(【별표2】 “악성신생물 분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)”참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 “갑상샘암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표2】의 “악성신생물 분류표”의 분류번호 C73(【별표2】 “악성신생물 분류표” 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표3】 “상피내의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표4】 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

⑥ 제1항 내지 제5항에서 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양에 대한 임상학적 진단이 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 계약에 있어서 “암, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 암, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암 또는 경계성종양으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 암, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암 또는 경계성종양의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암 또는 경계성종양을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 암, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암 또는 경계성종양으로 진단된 경우에는 이는 암, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 이 계약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 “암, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암 또는 경계성종양”으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 “암, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암 또는 경계성종양”에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

제4조(특약의 무효)

계약을 맺을 때 피보험자가 보험 계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정

되어 있는 경우에는 이 특별약관의 계약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제5조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 + 1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

② 이 특별약관의 부활(효력회복)에 관하여는 보통약관 제1조(보험계약의 성립), 보통약관 제7조(회사의 보장의 시기 및 중기), 보통약관 제11조(보험료의 납입면제), 보통약관 제28조(계약전 알릴의무) 및 보통약관 제30조(알릴의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며 제1조(보상하는 손해) 제2항의 “암보장개시일”을 다시 적용합니다.

제6조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

22. 암수술급여금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 제2항의 “암보장개시일” 이후에 암 또는 “보장개시일” 이후에 기타피부암, 상피내암, 경계성종양, 갑상샘암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 암수술급여금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

(기준 : 특약보험가입금액 100 만원)

구 분	암 수술급여금	갑상샘암수술급여금	기타피부암수술급여금 상피내암수술급여금 경계성종양수술급여금
계약일로부터 90일 이내	15세미만 : 수술 1회당 100 만원 15세이상 : 없음	수술 1회당 50 만원	수술 1회당 20 만원
계약일로부터 90일 초과	수술 1회당 100 만원		

② 암에 대한 회사의 보장개시일은 보통약관 제8조(보험나이의 계산)에 따라 계산된 피보험자의 만 나이가 15세미만인 때에는 계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로부터(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 및 경계성종양에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

제2조(“암”등의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표2】 “악성신생물 분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), C73(갑상샘의 악성신생물) 및 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타피부의 악성신생물로 분류되는 질병(【별표2】 “악성신생물 분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)”참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 “갑상샘암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표2】의 “악성신생물 분류표의 분류번호 C73”(【별표2】 “악성신생물 분류표” 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표3】 “상피내의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류 되는 질병(【별표4】 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

⑥ 제1항 내지 제5항에서 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양의 진단확정은 해부

병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양에 대한 임상학적 진단이 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

이 계약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 “암, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암 또는 경계성종양”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 제1항에 정한 장소에서 의사의 관리 하에 “암, 기타피부암, 상피내암, 갑상샘암 또는 경계성종양”의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 쏴서 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제4조(특약의 무효)

계약을 맺을 때 피보험자가 보험 계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관의 계약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제5조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 + 1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 이 특별약관의 부활(효력회복)에 관하여는 보통약관 제1조(보험계약의 성립), 보통약관 제7조(회사의 보장의 시기 및 중기), 보통약관 제11조(보험료의 납입면제), 보통약관 제28조(계약전 알릴의무) 및 보통약관 제30조(알릴의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며 제1조(보상하는 손해) 제2항의 “암보장개시일”을 다시 적용합니다.

제6조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

23. 뇌졸중 진단급여금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 뇌졸중으로 진단 확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 아래의 금액을 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구 분	뇌졸중진단급여금
1년 이내 진단시	500 만원
1년 초과 진단시	1,000 만원

제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류의 대뇌혈관질환중에서 거미막 밑 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 머리내출혈, 뇌경색증, 대뇌경색증을 유발하지 않는 뇌전동맥 또는 대뇌동맥의 폐색 및 협착으로 분류되는 질병(【별표10】“뇌졸중 분류표” 참조)을 말합니다.

② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(손해보상후의 계약)

① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

24. 뇌출혈 진단급여금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 뇌출혈로 진단 확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 아래의 금액을 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구 분	뇌출혈 진단급여금
1년이내 진단시	500 만원
1년초과 진단시	1,000 만원

제2조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류의 분류에 있어서 【별표11】(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 이 계약에서 보상하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

25. 급성심근경색증 진단급여금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 아래의 금액을 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구 분	급성심근경색증진단급여금
1년 이내 진단시	500 만원
1년 초과 진단시	1,000 만원

제2조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류의 허혈성심장질환 중에서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(【별표12】“급성심근경색증분류표” 참조)을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(손해보상후의 계약)

① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자가 이 계약에서 보상하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

26. 질병사망 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 발생한 질병으로 사망하거나 또는 그 질병이 치유된 후 직접결과로써 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】 “장해분류표”에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 질병사망보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 그 질병의 진단일(이하 “사고일”이라 합니다)부터 180일이 지나도록 【별표1】의 각호에서 정한 후유장해지급률이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
- ⑤ 동일한 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조(사망보험금)

회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에 정한 질병으로 사망 또는 【별표1】 “장해분류표”에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 수익자에게 지급합니다.

제3조(계약의 무효)

- ① 계약을 맺을 때에 보통약관 제4조(계약의 무효) 이외에 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 한 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.
- ② 제1항에서 피보험자의 나이가 만15세 미만에 해당하는지의 여부는 보통약관 제8조(보험나이의 계산)에도 불구하고 실제 만나이를 적용합니다.

제4조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자가 이 계약에서 보상하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

27. 질병 입원비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 때에는 180일을 한도로 입원 1일에 대하여 보험가입증서(보험증권)에 기재된 일당액을 질병입원비로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.
- ② 제1항의 질병입원비의 지급일수는 1회입원당 180일을 최고 한도로 합니다
- ③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 그러나, 동일질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일수로부터 180일 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
- ④ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원비를 계속 보상하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위
 2. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술. 그러나 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 4. 성병
 5. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 6. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 7. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 8. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다)또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 9. 제8호 이외의 방사선 쬔는 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 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

제3조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

28. 질병 간병비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 31일이상 입원하여 치료를 받은 때에는 아래에 정한 금액을 질병 간병비로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

(가 10)

구 분	지급금액
31 !이상 계속입원시	10 만원
61 !이상 계속입원시	10 만원 추가 지급
91 !이상 계속입원시	10 만원 추가 지급
121 !이상 계속입원시	10 만원 추가 지급

② 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 그러나, 동일질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일수로부터 180일 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병간병비를 계속 보상하여 드립니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위
2. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술. 그러나 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 성병
5. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
7. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
8. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다)또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
9. 제8호 이외의 방사선 쬔는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

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

제3조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

29. 16대특정질병 입원비보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 16대특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 4일이상 계속입원(“병원 또는 의원등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 경우에는 계속입원으로 봄)한 경우에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(“16대특정질병”의 정의 및 진단확정)

이 계약에서 “16대특정질병”이라 함은 【별표13】의 “16대특정질병 분류표”에 정한 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상샘질환, 동맥경화증, 만성하기도질환, 폐렴, 관절염, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 생식기질환을 말합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 16대특정질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 계약에 있어서 “16대특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 16대특정질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “16대특정질병”의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “16대특정질병”을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “16대특정질병”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 “16대특정질병”으로 진단된 경우에는 이는 “16대특정질병”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 이 계약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 “16대특정질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 “16대특정질병”에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

제4조(입원급여금)

① 회사는 보험계약일로부터 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 16대특정질병으로 인하여 4일이상 계속 입원한 경우에는 아래의 금액을 입원급여금으로 수익자에게 지급합니다.

(특약보험가입금액 1만원 기준)

구 분	입원급여금
16대특정질병으로 입원시	3일초과 입원시 : 1일당 1만원

② 제1항의 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 16대특정질병의 치료를 직접목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 그러나 16대질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

- ④ 제1항의 경우 피보험자가 16대특정질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원급여금은 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제5조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

30. 16대특정질병 수술비보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 16대특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(“16대특정질병”의 정의 및 진단확정)

이 계약에서 “16대특정질병”이라 함은 【별표13】의 “16대특정질병 분류표”에 정한 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상샘질환, 동맥경화증, 만성하기도질환, 폐렴, 관절염, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 생식기질환을 말합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

이 계약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 “16대특정질병”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 제1항에 정한 장소에서 의사의 관리하에 “16대특정질병”의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제4조(수술급여금)

회사는 보험계약일로부터 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 16대특정질병으로 인하여 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 수술급여금으로 수익자에게 지급합니다.

(특약보험가입금액 100만원 기준)

구 분	수술급여금
16대특정질병으로 수술시	100 만원

제5조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

31. 여성전용질병(부인과질병,여성만성질병,갑상샘질환) 입원비 보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 보험기간 중 여성전용질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에서 4일 이상 계속입원(“병원 또는 의원등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 경우에는 계속입원으로 봄)한 경우에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(“여성전용질병”의 정의 및 진단확정)

이 계약에서 “여성전용질병”이라 함은 【별표14】의 “부인과 질병 분류표”에서 정한 상피내 신생물, 양성신생물, 유방의 장애, 여성골반내 장기의 염증성 질환, 여성생식기의 비염증성 장애 및 【별표15】의 “여성만성질병 분류표”에서 정한 골다공증, 관절염 및 【별표16】의 “갑상샘질환 분류표”에 규정한 질병을 말합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 여성전용질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “여성전용질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 여성전용질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로한 입원을 말하며, “여성전용질병”의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “여성전용질병”을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “여성전용질병”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 “여성전용질병”으로 진단된 경우에는 이는 “여성전용질병”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 “여성전용질병”으로 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에도 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 “여성전용질병”에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 발병으로 봅니다.

제4조(입원급여금)

- ① 회사는 보험계약일로부터 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 여성전용질병으로 인하여 입원한 경우에는 아래의 금액을 입원급여금으로 수익자에게 지급합니다.

(특약보험가입금액 1만원 기준)

구 분	입원급여금
여성전용질병으로 입원시	3일초과 1일당 1만원

- ② 제1항의 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 다만, 최종퇴원일로부터 180일 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.

- ④ 피보험자가 보험기간중에 여성전용질병으로 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 위의 입원급여금은 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제5조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

32. 여성전용질병(부인과질병,여성만성질병,갑상샘질환) 수술비 보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 보험기간 중 여성전용질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(“여성전용질병”의 정의 및 진단확정)

이 계약에서 “여성전용질병”이라 함은 【별표14】의 “부인과 질병 분류표”에서 정한 상피내 신생물, 양성신생물, 유방의 장애, 여성골반내 장기의 염증성 질환, 여성생식기의 비염증성 장애 및 【별표15】의 “여성만성질병 분류표”에서 정한 골다공증, 관절염 및 【별표16】의 “갑상샘질환 분류표”에 규정한 질병을 말합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

이 계약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 “여성전용질병”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 제1항에 정한 장소에서 의사의 관리하에 “여성전용질병”의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제4조(수술급여금)

회사는 보험계약일로부터 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 여성전용질병으로 인하여 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 수술급여금으로 수익자에게 지급합니다.

(특약보험가입금액 100만원 기준)

구 분	수술급여금
여성전용질병으로 수술시	100 만원

제5조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

33. 질병입원의료비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받는 경우에는 이 특별약관에 따라 아래의 질병입원의료비(이하 “의료비”라 합니다)를 보험수익자에게 지급합니다.

1. 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험환자에게 적용하는 기준병실을 말합니다) 사용료, 환자관리료, 식대
2. 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
3. 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비

② 회사는 제1항의 의료비에 대하여 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용의 80% 해당액을 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험을 적용받지 못한 경우에는 제1항 제1호 내지 제3호의 의료비는 각각 발생의료비 총액의 30% 해당액을 제3항에 정한 각 항목별 보상한도내에서 보상하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병 (의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 회사의 의료비 보상한도는 발병일로부터 180일을 한도로 아래에 정한 금액으로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 입원이라도 의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

구 분	보 상 한 도 액		
	입원실료	입원 제비용	수술비
A 형	100만원	200만원	200만원
B 형	200만원	400만원	200만원

④ 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 제1항의 비용(발생의료비를 말합니다)을 초과했을 때 회사는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 의료비보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

⑤ 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간중에 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 사고일(최종발병일)로부터 계속중인 입원기간에 대한 질병입원의료비를 180일 한도로 제3항의 규정에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 고의
 2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
 5. 피보험자의 선천성 뇌질환, 심신상실 및 정신적 기능장애
 6. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 7. 성병
 8. 피보험자의 사형
 9. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 11. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 12. 제11호 이외의 방사선을 쬐는것 또는 방사능 오염
 13. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
- ③ 회사는 아래의 의료비 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 한약재 등의 보신용 투약비용.
 2. 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술비
 3. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
 5. 위생관리, 미모를 위한 성형수술 및 비만 치료비
 6. 정상분만, 치과질환
 7. 병실차액, 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사 비용
 8. 【별표17】에 정한 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환으로 인한 치료비
 9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 이 경우에도 본인부담 의료비는 제1조(보상하는 손해)에 따라 보상하여 드립니다.

제3조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

34. 질병입원의료비 II (갱신형) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.)으로 인하여 병원 또는 의원 등에 입원하여 치료를 받는 경우 피보험자가 부담하는 국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담금과 비급여에 해당하는 비용(단, 병실료차액의 경우 50% 해당액)의 100%해당액을 1질병당 특약보험가입금액을 한도로 질병입원의료비를 보상하여 드립니다. 병실료차액이란 실제 사용병실료(특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 함)와 기준병실료(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실료를 말함)의 차액을 말합니다.
- ② 회사는 제1항에도 불구하고 피보험자가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함) 피보험자가 부담하는 비용의 40%해당액을 1질병당 특약보험가입금액을 한도로 질병입원의료비를 보상하여 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봄)으로 인한 질병입원의료비의 보상한도는 발병일로부터 365일 한도로 합니다. 다만, 동일질병으로 인한 입원이라도 질병입원의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종발병일로부터 계속중인 입원기간에 대한 질병입원의료비를 365일 한도로 보상하여 드립니다.
- ⑤ 제1항, 제2항 및 제3항에도 불구하고 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원하거나, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 보상하여 드립니다.
- ⑥ 질병입원의료비에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 이 계약의 질병입원의료비를 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다수의 보험계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험을 말합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 피보험자의 고의
 2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함함. 이와 같음) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함함)의 방사선 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
 5. 제4호 이외의 방사선을 쬔 것 또는 방사능 오염
 6. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 7. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원

의료비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

② 회사는 [별표18]에 해당하는 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

③ 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병입원의료비를 보상하지 아니합니다.

1. 한약재 등의 보신용 투약비용
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
4. 주근깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
5. 질병을 동반하지 않는 포경수술
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
9. 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말함)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제3조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(보험기간 및 자동갱신)

① 이 특별약관의 보험기간은 5년으로 합니다. 단, 보통약관의 보험기간 종료일이 5년미만인 경우에는 그 잔여 보험기간을 이 특별약관의 보험기간으로 합니다.

② 회사는 이 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 15일 전까지 계약자의 별도 의사표시가 없을 때에는 종전의 특별약관(이하 “갱신전 특별약관”이라 합니다)과 동일한 내용으로 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 특별약관(이하 “갱신 특별약관”이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내 일것

2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 정한 연령의 범위 내일것

3. 갱신전 특별약관의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

③ 회사가 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정할 경우 갱신특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

④ 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 피보험자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

제5조(갱신 특별약관 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전 특별약관의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신특별약관의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 때에는 갱신특별약관의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지 납입하여야 하며, 보험계약자가 보험료를 납입하지 않는 경우 갱신특별약관의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일에 갱신 특별약관은 해제된 것으로 봅니다.
- ② 동 기간(갱신 특별약관의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 경우 갱신 특별약관의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일)안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제6조(보험료의 대체납입)

- ① 계약자는 보험료 납입기간중 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 이 특약의 보험료를 납입합니다.
- ② 계약자는 제 1항에서 정한 방법으로 이 특약의 보험료가 전액 충당될 수 없는 경우에는 그 초과액을 추가로 납입하여야 합니다.
- ③ 보통약관 제11조(보험료의 납입면제)에도 불구하고 계약자는 제1항 및 제2항에 따라 이 특약의 보험료를 계속납입 하여야 합니다.

제7조(보험료 납입면제 대체납입)

회사는 제6조(보험료의 대체납입) 제3항에도 불구하고 피보험자의 80세 계약해당일 이전에 피보험자가 보통약관 제11조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 “69. 의료비관련 보험료납입면제 대체납입 특별약관”을 가입한 피보험자에 한하여 “69. 의료비관련 보험료납입면제 대체납입 특별약관”의 제4조(의료비관련 보험료납입면제의 대체납입)의 보험금에서 대체하는 방법으로 이 특약 보험료를 납입합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제11조의 보험료납입면제, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

35. 질병통원의료비 II (갱신형) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원, 한의원, 치과병원 또는 치과의원 제외) 등에 통원하여 치료를 받는 경우 아래의 비용에서 1질병당 통원 1일당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 공제금액을 차감한 금액의 100%해당액을 특약보험가입금액을 한도로 질병통원의료비를 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 부담하는 국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담금과 비급여에 해당하는 금액

2. 피보험자가 부담하는 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비 및 약사조제료

② 회사는 제1항에도 불구하고 피보험자가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함) 피보험자가 부담하는 비용에서 1질병당 통원 1일당 공제금액을 차감한 금액의 40%해당액을 특약 보험가입금액을 한도로 질병통원의료비를 보상하여 드립니다.

③ 제1항, 제2항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봄)으로 인한 질병통원의료비의 보상한도는 발병일로부터 365일 한도로 합니다. 단, 통산통원일수 30일 한도로 하며 동일질병으로 인한 통원이라도 질병통원의료비가 지급된 최종통원일로부터 180일이 경과하여 개시한 통원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 통원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료 전 최종발병일로부터 365일이 되는 날 이전의 기간동안 질병통원의료비를 보상하여 드립니다. 단, 통산통원일수 30일 한도로 합니다.

⑤ 질병통원의료비에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 이 계약의 질병통원의료비를 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다수의 보험계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험을 말합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 고의

2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다.

3. 계약자의 고의

4. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함함. 이와 같음) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함함)의 방사선 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고

5. 제4호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염

6. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.
- ② 회사는 [별표19]에 해당하는 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
- ③ 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병통원의료비를 보상하지 아니합니다.
 1. 한약재 등의 보신용 투약비용
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
 3. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
 4. 주근깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
 5. 질병을 동반하지 않는 포경수술
 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
 7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
 8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
 9. 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말함)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제3조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 5년으로 합니다. 단, 보통약관의 보험기간 종료일이 5년미만인 경우에는 그 잔여 보험기간을 이 특별약관의 보험기간으로 합니다.
- ② 회사는 이 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 15일 전까지 계약자의 별도 의사표시가 없을 때에는 종전의 특별약관(이하 “갱신전 특별약관”이라 합니다)과 동일한 내용으로 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신된 특별약관(이하 “갱신 특별약관”이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내 일것
 2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 정한 연령의 범위 내일것
 3. 갱신전 특별약관의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 회사가 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 갱신특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ④ 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 피보험자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

제5조(갱신 특별약관 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전 특별약관의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신특별약관의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 때에는 갱신특별약관의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지 납입하여야 하며, 보험계약자가 보험료를 납입하지 않는 경우 갱신특별약관의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일에 갱신 특별약관은 해제된 것으로 봅니다.
- ② 동 기간(갱신 특별약관의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 경우 갱신 특별약관의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일)안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제6조(보험료의 대체납입)

- ① 계약자는 보험료 납입기간중 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 이 특약의 보험료를 납입합니다.
- ② 계약자는 제1항에서 정한 방법으로 이 특약의 보험료가 전액 충당될 수 없는 경우에는 그 초과액을 추가로 납입하여야 합니다.
- ③ 보통약관 제11조(보험료의 납입면제)에도 불구하고 계약자는 제1항 및 제2항에 따라 이 특약의 보험료를 계속납입 하여야 합니다.

제7조(보험료 납입면제 대체납입)

회사는 제6조(보험료의 대체납입) 제3항에도 불구하고 피보험자의 80세 계약해당일 이전에 피보험자가 보통약관 제11조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 “69. 의료비관련 보험료납입면제 대체납입 특별약관”을 가입한 피보험자에 한하여 “69. 의료비관련 보험료납입면제 대체납입 특별약관”의 제4조(의료비관련 보험료납입면제의 대체납입)의 보험금에서 대체하는 방법으로 이 특약 보험료를 납입합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제11조의 보험료납입면제, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

36. 상해입원의료비 II (갱신형) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외)에 상해를 입고 병원 또는 의원 등에 입원하여 치료를 받는 경우 피보험자가 부담하는 국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담금과 비급여에 해당하는 비용(단, 병실료차액의 경우 50% 해당액)의 100% 해당액을 1사고당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 특약가입금액을 한도로 상해입원의료비를 보상하여 드립니다. 병실료차액이란 실제 사용병실료(특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 함)와 기준병실료(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실료를 말함)의 차액을 말합니다.
- ② 회사는 제1항에도 불구하고 피보험자가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함) 피보험자가 부담하는 비용의 40%해당액을 1사고당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 특약가입금액을 한도로 상해입원의료비를 보상하여 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 하나의 사고(상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 사고로 봄)로 인한 상해입원의료비의 보상은 사고일로부터 365일 한도로 합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료 전 최종 사고일로부터 계속중인 입원기간에 대한 상해입원의료비를 365일 한도로 보상하여 드립니다.
- ⑤ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나, 세균성 음식물중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.
- ⑥ 상해입원의료비에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 이 계약의 상해입원의료비를 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다수의 보험계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험을 말합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자의 고의
 2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위 (다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상)
 5. 피보험자의 심신상실, 모든 정신질환 및 선천성 뇌질환
 6. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 위험의 결과로 상해를 치료하는 경우에는 보상하여 드립니다.
 7. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 8. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

9. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
10. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함함. 이하 같음) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질 (원자핵분열 생성물을 포함함) 의 방사성 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
11. 제10호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염
12. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해 입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말함), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
 2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상)
 3. 선박승무원, 어부, 사공 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 상해입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 한약재 등의 보신용 투약비용
 2. 상해를 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비
 3. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택즈렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
 5. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
 6. 치과치료시의 의치비용, 치과보철비용. 다만, 국민건강보험급여로 처리되는 비용은 보상하여 드립니다.
 7. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등). 상당한 사유가 없는 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용

제3조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 5년으로 합니다. 단, 보통약관의 보험기간 종료일이 5년미만인 경우에는 그 잔여 보험기간을 이 특별약관의 보험기간으로 합니다.
- ② 회사는 이 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 15일 전까지 계약자의 별도 의사표시가 없을 때에는 종전의 특별약관(이하 “갱신전 특별약관”이라 합니다)과 동일한 내용으로 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신된 특별약관(이하 “갱신 특별약관”이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내 일것
 2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 정한 연령의 범위 내일것
 3. 갱신전 특별약관의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 회사가 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개

정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 갱신특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

④ 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 피보험자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

제5조(갱신 특별약관 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 특별약관의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신특별약관의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 때에는 갱신특별약관의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지 납입하여야 하며, 보험계약자가 보험료를 납입하지 않는 경우 갱신특별약관의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일에 갱신 특별약관은 해제된 것으로 봅니다.

② 동 기간(갱신 특별약관의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 경우 갱신 특별약관의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일)안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제6조(보험료의 대체납입)

① 계약자는 보험료 납입기간중 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 이 특약의 보험료를 납입합니다.

② 계약자는 제 1항에서 정한 방법으로 이 특약의 보험료가 전액 충당될 수 없는 경우에는 그 초과액을 추가로 납입하여야 합니다.

③ 보통약관 제11조(보험료의 납입면제)에도 불구하고 계약자는 제1항 및 제2항에 따라 이 특약의 보험료를 계속납입 하여야 합니다.

제7조(보험료 납입면제 대체납입)

회사는 제6조(보험료의 대체납입) 제3항에도 불구하고 피보험자의 80세 계약해당일 이전에 피보험자가 보통약관 제11조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 “69. 의료비관련 보험료납입면제 대체납입 특별약관”을 가입한 피보험자에 한하여 “69. 의료비관련 보험료납입면제 대체납입 특별약관”의 제4조(의료비관련 보험료납입면제의 대체납입)의 보험금에서 대체하는 방법으로 이 특약 보험료를 납입합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제11조의 보험료납입면제, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

37. 상해통원의료비 II (갱신형) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외)에 상해를 입고 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 제외) 등에 통원하여 치료를 받는 경우 아래의 비용에서 1사고당 통원 1일당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 공제금액을 차감한 금액의 100%해당액을 특약보험가입금액을 한도로 상해통원의료비를 보상하여 드립니다.
1. 피보험자가 부담하는 국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담금과 비급여에 해당하는 금액
 2. 피보험자가 부담하는 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비 및 약사조제료
- ② 회사는 제1항에도 불구하고 피보험자가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함) 피보험자가 부담하는 비용에서 1사고당 통원 1일당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 공제금액을 차감한 금액의 40% 해당액을 특약보험가입금액을 한도로 상해통원의료비를 보상하여 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 하나의 사고(상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 사고로 봄)로 인한 상해통원의료비의 보상은 사고일로부터 365일 한도로 합니다. 단, 통산통원일수 30일 한도로 합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 통원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료 전 최종 사고일로부터 365일이 되는 날 이전의 기간동안 상해통원의료비를 보상하여 드립니다. 단, 통산통원일수 30일 한도로 합니다.
- ⑤ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나, 세균성 음식물중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.
- ⑥ 상해통원의료비에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 이 계약의 상해통원의료비를 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다수의 보험계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험을 말합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 피보험자의 고의
 2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위 (다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상)
 5. 피보험자의 심신상실, 모든 정신질환 및 선천성 뇌질환
 6. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그밖의 의료처치. 그러나 회사

가 부담하는 위험의 결과로 상해를 치료하는 경우에는 보상하여 드립니다.

7. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
8. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
9. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
10. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함함. 이하 같음) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함함)의 방사성 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
11. 제10호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염
12. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해 통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말함), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상)
3. 선박승무원, 어부, 사공 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 상해통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한약재 등의 보신용 투약비용
2. 상해를 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비
3. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
5. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
6. 치과치료시의 의치비용, 치과보철비용. 다만, 국민건강보험급여로 처리되는 비용은 보상하여 드립니다.
7. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등). 상당한 사유가 없는 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용

제3조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(보험기간 및 자동갱신)

① 이 특별약관의 보험기간은 5년으로 합니다. 단, 보통약관의 보험기간 종료일이 5년미만인 경우에는 그 잔여 보험기간을 이 특별약관의 보험기간으로 합니다.

② 회사는 이 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 15일 전까지 계약자의 별도 의사표시가 없을 때에는 종전의 특별약관(이하 “갱신전 특별약관”이라 합니다)과 동일한 내용으로 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 특별약관(이하 “갱신 특별약관”이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내 일것

2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 정한 연령의 범위 내일것
3. 갱신전 특별약관의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 회사가 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 갱신특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ④ 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 피보험자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

제5조(갱신 특별약관 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전 특별약관의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신특별약관의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 때에는 갱신특별약관의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지 납입하여야 하며, 보험계약자가 보험료를 납입하지 않는 경우 갱신특별약관의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일에 갱신 특별약관은 해제된 것으로 봅니다.
- ② 동 기간(갱신 특별약관의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 경우 갱신 특별약관의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일)안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제6조(보험료의 대체납입)

- ① 계약자는 보험료 납입기간중 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 이 특약의 보험료를 납입합니다.
- ② 계약자는 제 1항에서 정한 방법으로 이 특약의 보험료가 전액 충당될 수 없는 경우에는 그 초과액을 추가로 납입하여야 합니다.
- ③ 보통약관 제11조(보험료의 납입면제)에도 불구하고 계약자는 제1항 및 제2항에 따라 이 특약의 보험료를 계속납입 하여야 합니다.

제7조(보험료 납입면제 대체납입)

회사는 제6조(보험료의 대체납입) 제3항에도 불구하고 피보험자의 80세 계약해당일 이전에 피보험자가 보통약관 제11조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 “69. 의료비관련 보험료납입면제 대체납입 특별약관”을 가입한 피보험자에 한하여 “69. 의료비관련 보험료납입면제 대체납입 특별약관”의 제4조(의료비관련 보험료납입면제의 대체납입)의 보험금에서 대체하는 방법으로 이 특약 보험료를 납입합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.
단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제11조의 보험료납입면제, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

38. 중대한 화상 및 부식진단비(1인실 이용료 지원비-1종) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수,의족,의안,의치 등 신체보조장구는 제외 합니다. 이하 같습니다.)에 상해를 입어 “중대한 화상 및 부식”으로 진단 확정을 받은 경우에 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(“중대한 화상 및 부식”의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “중대한 화상 및 부식”이라 함은 【별표20】에서 정한 “중증화상 및 부식”에서 정한 “중증 화상 및 부식”을 말합니다.
- ② “중대한 화상 및 부식”의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자(이하 “의사”라고 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “중대한 화상 및 부식”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(중대한 화상 및 부식 진단비(1인실 이용료 지원비-1종))

회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 “중대한 화상 및 부식”으로 진단 확정을 받은 경우에 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한 화상 및 부식진단비(1인실 이용료 지원비-1종)로 수익자에게 지급합니다.

제4조(보상하지 아니하는 손해)

이 특별약관의 보상하지 아니하는 손해는 “1. 일반상해 사망·후유장해 특별약관”의 제2조(보상하지 아니하는 손해)를 따릅니다.

제5조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

39. 중대상해 수술비(1인실 이용료 지원금-1종) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다)로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 그 직접 결과로써 사고일로부터 그날을 포함하여 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술” 또는 “개복(開腹)수술”(이하 “중대상해수술”이라 합니다)을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 “중대상해 수술비(1인실 이용료 지원금-1종)”로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자가 동일한 사고로 인하여 중대한 수술비(1인실 이용료 지원금-1종) 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한가지 사유에 의한 중대상해수술비(1인실 이용료 지원금-1종)만을 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 “뇌손상”이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 기질적 손상(【별표21】의 중대한 특정상해 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 “내장손상”이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표21】의 중대한 특정상해 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.

④ 제1항에서 “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, 내시경등의 수술 및 시술은 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술”, “개복(開腹)수술”로 보지 아니합니다.

1. 개두(開頭)수술이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
2. 개흉(開胸)수술이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다.
또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골, 흉골의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
3. 개복(開腹)수술이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복술에 준하는 것으로서 신장, 요관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적 조작에 의한 것은 해당되지 아니합니다.

⑤ 제1항 및 제4항에서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 뇌손상 또는 내장손상으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 뇌손상 또는 내장손상의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

이 특별약관의 보상하지 아니하는 손해는 “1. 일반상해 사망·후유장해 특별약관”의 제2조(보상하지 아니하는 손해)를 따릅니다.

제3조(손해보상후의 계약)

① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별

약관 계약은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

40. 질병특정고도장해 진단비(1인실 이용료 지원금-1종) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병을 직접적인 원인으로 보험기간중 아래의 어느 하나에 해당된 때에는 최초 1회에 한하여 보험가입금액의 전액을 질병특정고도장해진단비(1인실이용료 지원금-1종)으로 수익자에게 지급합니다. 다만, 어떠한 경우에도 질병특정고도장해진단비(1인실이용료 지원금-1종)은 중복하여 지급하지 아니합니다.

1. 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 [별표5] “질병특정고도장해 판정기준”에서 정한 장애상태(이하 “질병특정고도장해”라 함)가 되었을 때
 2. 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애 중 하나 이상의 장애가 발생하고 “장애인 복지법 시행령”제2조 및 “장애인 복지법 시행규칙” 제2조에서 정한 1급 또는 2급의 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인을 말합니다)이 되었을 때
- ② 제1항 제1호에서 정한 질병특정고도장해라 함은 “질병특정고도장해 판정기준”의 1.에서 정한 장애상태가 되었을 경우 및 “질병특정고도장해 판정기준”의 2. ~ 8.에서 정한 장애상태에 해당되어 그 상태가 영구히 지속된다는 의사의 진단확정을 받았을 경우를 말하며, 이 경우 의사의 진단확정은 장애상태의 원인이 되는 질병의 최초 발병일로부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후로 합니다.
- ③ 회사는 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 최초 발병일로부터 180일이 지난날의 의사진단에 기초하여 장애상태를 결정합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자의 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 피보험자의 선천적기형, 선천적질환, 정신질환 및 이에 연유한 병상

제3조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특약보험료의 납입면제)

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 아래 사항중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸하지 않은 경우에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 1. 피보험자가 보험기간중 보통약관 제7조(회사의 보장의 시기 및 종기) 제1항의 “암보장개시일”이후에 최초로 보통약관 제16조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되었을 때
 2. 피보험자가 보험기간 중에 급격하고 우연한 외래의 사고로 인하여 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접적인 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히

상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】에서 정한 장애분류표의 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우

② 제1항 제1호에도 불구하고 피보험자가 보통약관 제16조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 상피내암 또는 기타피부암 또는 경계성종양 또는 갑상샘암으로 진단이 확정 되었을 때에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

③ 제1항 제2호의 규정에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급율의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항 제2호를 적용합니다.

④ 제1항 제2호 및 제3항의 규정에도 불구하고 사고일부터 180일이 지나도록 【별표1】의 각호에서 정한 후유장해지급률이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제1항 제2호의 경우 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】의 각 장애분류별 최저지급율 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

⑥ 제1항 제2호의 경우 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 제1항 제2호의 경우 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제11조의 보험료납입면제, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

41. 중대한 질병 수술비(1인실 이용료 지원금-1종) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 제2조에서 정한 “중대한 질병 수술”을 받은 경우에 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(“중대한 질병수술”의 정의 및 진단 확정)

이 특별약관에 있어서 “중대한질병 수술”이라 함은 【별표22】에서 정한 “관상동맥우회술”, 【별표23】에서 정한 “심장판막수술” 및 【별표24】에서 정한 “대동맥류인조혈관치환수술”을 말합니다.

제3조(중대한 질병수술비(1인실 이용료 지원금-1종))

회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 “중대한 질병 수술 보장개시일” 이후에 최초 1회에 한하여 “중대한 질병 수술”을 받은 경우에 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한 질병수술비(1인실 이용료 지원금-1종)으로 수익자에게 지급합니다.

제4조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

42. 뇌혈관질환·심장관련질병·인공관절 수술비 (1인실 이용료 지원금-2종) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 입은 상해 또는 보험기간중에 질병의 직접적인 원인으로 제2조(인공관절수술의 정의 및 진단확정)에 정한 인공관절 수술을 받거나, 제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 뇌혈관질환 또는 제4조(심장관련질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 심장관련질병치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환·심장관련질병·인공관절수술비(1인실 이용료 지원금-2종)로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

제2조(“인공관절수술”등의 정의 및 진단확정)

이 계약에 있어서 “인공관절 수술”이라 함은 아래에 정한 인공관절 치환수술 및 인공 골두삽입술을 말합니다. 단, 관절의 일부만을 치환하거나 성형하는 수술 및 처치(단, 인공 골두삽입술은 제외) 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 제외합니다.

1. 인공관절치환수술이라 함은 고관절(엉덩이 관절), 슬관절(무릎관절) 또는 견관절(어깨관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고 인공적으로 만든 관절(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 “인공관절”이라 함)을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜 주는 수술을 말합니다.
2. 인공골두삽입술이라 함은 손상된 골두를 제거하고 인체에 해가 없는 인공적으로 만든 골두를 해당뼈에 삽입시켜 줌으로써 기존 골두의 기능을 치환하여 주는 수술을 말합니다.

제3조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류중 거미막밑 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 머리내출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌중풍, 대뇌경색증을 유발하지 않는 뇌전동맥의 폐색 및 협착, 대뇌경색증을 유발하지 않는 대뇌동맥의 폐색 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 질환, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병 (【별표39】 “뇌혈관질환 분류표” 참조)을 말합니다.

② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(“심장관련질병”의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “심장관련질병”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류중 급성류마티스열, 만

성 류마티스 심장질환, 허혈성심장질환, 폐성 심장병 및 폐순환의 질환, 기타형태의 심장병으로 분류되는 질병(【별표40】“심장관련질병 분류표” 참조)을 말합니다.

② 심장관련질병의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제5조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

43. 치매간병자금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하“회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 “치매상태”로 진단 확정되고, 90일이상 “치매상태”가 계속되었을 경우 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(치매상태의 정의 및 진단확정)

이 계약에 있어서 “치매상태”라 함은 【별표25】에서 정한 기질성치매로 진단확정되고, 또한 치매로 인하여 아래의 제1항 및 제2항 중 어느 하나 이상에 해당하는 상태를 말합니다.

① 아래의 제1호에서 제5호까지의 행위에 있어 보조기구를 사용하여도 【별표26】 일상생활동작 장애 분류표의 각항에 규정한 어느 상태 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 한 상태에 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우

1. 보행
2. 식사
3. 배설
4. 목욕
5. 의복의 착탈

② 【별표27】 문제행동분류표에 규정한 통상적인 일상생활을 일탈한 문제행위중 어느 하나의 행위 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 하는 문제행위가 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우

③ “치매상태”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 고의
2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에게 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
5. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 피보험자의 사형
7. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
8. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
9. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
10. 제9호 이외의 방사선을 쬌는것 또는 방사능 오염

② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우

다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 않습니다.

제4조(치매간병자금)

- ① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에 따라 보험기간 중에 치매상태로 진단 확정되고 그 날을 포함하여 90일 이상 치매상태가 계속되었을 때에는 치매상태 진단후 90일째 되는 날을 기준으로 최초 1회에 한하여 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관 가입금액의 10% 해당액을 매년 사고발생일에 10년동안 수익자에게 확정 지급합니다.
- ② 회사는 피보험자가 보험기간중에 제1항에서 정한 치매상태가 되어 90일 이상 계속된 경우에 치매상태가 지속되던중 보험기간이 만료되었을 때에도 제1항에 따라 치매간병자금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

제5조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

44. 개호간병자금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하“회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 “활동불능” 또는 “치매상태”로 진단 확정되고, 90일이상 “활동불능” 또는 “치매상태”가 계속되었을 경우 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(치매상태의 정의 및 진단확정)

이 계약에 있어서 “치매상태”라 함은 【별표25】에서 정한 기질성치매로 진단확정되고, 또한 치매로 인하여 아래의 제1항 및 제2항 중 어느 하나 이상에 해당하는 상태를 말합니다.

① 아래의 제1호에서 제5호까지의 행위에 있어 보조기구를 사용하여도 【별표26】 일상생활동작 장애 분류표의 각항에 규정한 어느 상태 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 한 상태에 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우

1. 보행
2. 식사
3. 배설
4. 목욕
5. 의복의 착탈

② 【별표27】 문제행동분류표에 규정한 통상적인 일상생활을 일탈한 문제행위중 어느 하나의 행위 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 하는 문제행위가 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우

③ “치매상태”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(활동불능의 정의 및 진단확정)

이 계약에 있어서 “활동불능”이라 함은 종일 누워 있으면서 제1항을 포함하고 제2항 제1호 내지 제4호중 어느 하나에 해당되는 상태를 말합니다.

① 보행에 있어 보조기구(의수, 의족, 휠체어 등)를 사용하여도 【별표26】 일상생활동작장애분류표의 제1항에 규정한 어느 상태 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 하는 상태에 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우

② 아래의 어느 행위에 있어 보조기구를 사용하여도 【별표26】 일상생활동작장애분류표의 제2항에서 제5항까지에 규정한 어느 상태 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 하는 상태에 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우

1. 식사
2. 배설
3. 목욕
4. 의복의 착탈

③ “활동불능”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 고의
2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에게 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
5. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 피보험자의 사형
7. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
8. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
9. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
10. 제9호 이외의 방사선을 쬌는것 또는 방사능 오염

② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제5조(개호간병자금)

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에 따라 보험기간 중에 활동불능 또는 치매상태로 진단 확정되고 그 날을 포함하여 90일 이상 활동불능 또는 치매상태가 계속되었을 때에는 활동불능 또는 치매상태 진단후 90일째 되는 날을 기준으로 최초 1회에 한하여 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관 가입금액의 10% 해당액을 매년 사고발생일에 10년동안 수익자에게 확정 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간중에 제1항에서 정한 활동불능 또는 치매상태가 되어 90일 이상 계속된 경우에 활동불능 또는 치매상태가 지속되던중 보험기간이 만료되었을 때에도 제1항에 따라 개호간병자금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

제6조(손해보상후의 계약)

① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는·보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보

험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

45. 조혈모세포이식수술 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)등에서 장기수혜자로서 조혈모세포이식을 받은 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 조혈모세포이식수술비로 보상하여 드립니다.

② 제1항에서 “조혈모세포이식”이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 정상적인 조혈모 세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수 이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수,말초)조혈모세포이식, 자가(골수,말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모 세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모 세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. “동종(allogenic)골수조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. “동종(allogenic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 본인의 골수내 조혈모세포를 미리채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 본인의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 본인 또는 타인에게 투여하는 행위를 말합니다.

제2조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

46. 5대장기이식수술 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 입은 상해 또는 보험기간중에 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)등에서 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받은 경우(이하 “사고”라 합니다)에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식수술자금으로 수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 “5대장기”라 함은 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장을 말하며, “5대장기이식수술”이라 함은 “장기등 이식에 관한 법률”에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포 이식수술은 5대장기이식수술로 보지 않습니다.
- ③ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 피보험자의 고의
 2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
 5. 피보험자의 심신상실 또는 정신질환
 6. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해 또는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 7. 피보험자의 사형
 8. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 9. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 10. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 11. 제10호 이외의 방사선을 쬔것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버 다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

47. 말기신부전증진단비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 【별표28】(말기신부전증)에서 정한 말기신부전증으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구분	가입후 1 !미만	가입후 1 !이상
말기신부전증 진단비	500 !원	1,000 !원

제2조(말기신부전증의 진단확정)

「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

48. 말기간경화진단비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 【별표29】(말기간경화)에서 정한 말기간경화로 진단확정 되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구분	가입후 1 !미만	가입후 1 !이상
말기간경화 진단비	500 !원	1,000 !원

제2조(말기간경화의 진단확정)

「말기간경화」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기간경화」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

49. 말기폐질환진단비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 【별표30】(말기폐질환)에서 정한 말기폐질환으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구분	가입후 1 !미만	가입후 1 !이상
말기폐질환 진단비	500 !원	1,000 !원

제2조(말기폐질환의 진단확정)

「말기폐질환」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기폐질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

50. 중대한 재생불량성 빈혈진단비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 【별표31】(중대한재생불량성빈혈)에서 정한 중대한재생불량성빈혈로 진단확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구분	가입후 1 !미만	가입후 1 !이상
중대한재생불량성빈혈 진단비	500 !원	1,000 !원

제2조(중대한 재생불량성 빈혈의 진단확정)

「중대한재생불량성빈혈」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 혈액학 전문의 자격증을 가진자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「중대한 재생 불량성 빈혈」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

51. 중대한 크로이츠펔트-야콥병 진단비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 【별표32】(중대한 크로이츠펔트-야콥병)에서 정한 중대한 크로이츠펔트-야콥병으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구분	가입후 1 !미만	가입후 1 !이상
크로이츠펔트-야콥병 진단비	500 !원	1,000 !원

제2조(중대한 크로이츠펔트-야콥병의 진단확정)

「중대한 크로이츠펔트-야콥병」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 신경과 전문의 자격증을 가진자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「중대한 크로이츠펔트-야콥병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

52. 운전중 비용손해 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고(이하 “운전중 사고”라 합니다.)로 생긴 손해를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

<용어풀이>

‘자동차를 운전하던 중’이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 제1항의 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 고의
 2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
 5. 피보험자의 질병
 6. 피보험자의 심신상실 또는 정신질환
 7. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 8. 피보험자의 사형
 9. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 11. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 12. 제11호 이외의 방사선을 쬌는것 또는 방사능 오염
 13. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 생긴 사고
 14. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
 15. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제3조(벌금)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간중에 제1조(보상하는 손해)에서 정한 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구는 제외 합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.)을 1사고당 보험가입금액을 한도로 수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 보험계약(공제포함)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약(공제포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 수익자에게 지급합니다.

제4조(방어비용)

회사는 피보험자가 보험기간중에 제1조(보상하는 손해)에서 정한 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구는 제외 합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나 검찰에 의해 공소제기(이하 “기소”라 합니다)된 경우에는 1사고당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 금액을 방어비용으로 수익자에게 지급합니다.

제5조(형사합의 진단지원금)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간중에 제1조(보상하는 손해)에서 정한 운전중 사고(자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차 중 이륜자동차를 운전하던중 발생한 사고는 제외합니다)로 타인(피보험자의 부모, 배우자 또는 자녀인 경우 제외합니다. 이하 “피해자”라 합니다)에게 교통사고 처리특례법 제3조 2항 단서(【별표33】참조)에 해당하는 사고(단, 이 단서 중 7, 8은 제외합니다)를 일으켜 피해자가 42일(피해자 1인 기준)이상 치료를 요한다는 진단을 받은 때에는 아래의 금액을 1사고마다 형사합의 진단지원금으로 수익자에게 지급합니다. 다만, 피해자가 다수인 경우에는 각각 형사합의 진단 지원금을 수익자에게 지급합니다.

<기준 : 형사합의 진단지원금 가입금액 1,000만원 >

구 분	지 급 금 액		
	6주이상 10주미만 진단시	10주이상 20주미만 진단시	20주이상 진단시
자가용	250만원	500만원	1,000만원
영업용	250만원	500만원	1,000만원

- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 운전하던 자가용자동차에 탑승한 동승자가 제1항의 사고로 42일이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우에는 형사합의진단 지원금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 자가용을 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고는 보상하여 드리지 아니합니다.
- ④ 제1항에서 피보험자가 교통사고처리특례법 제3조 2항 단서에 해당하는 사고를 일으킨 경우에는

경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원을 제출하여야 합니다.

제6조(형사합의 사망지원금)

① 회사는 피보험자가 보험기간중에 제1조(보상하는 손해)에서 정한 운전중 사고(자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차 중 이륜자동차를 운전하던중 발생한 사고는 제외합니다)로 타인(피보험자의 부모, 배우자 또는 자녀인 경우 제외합니다. 이하 “피해자”라 합니다)을 사망하게 한 때에는 아래의 금액을 1사고마다 형사합의 사망지원금으로 수익자에게 지급합니다. 다만, 피해자가 다수인 경우에는 각각 형사합의 사망지원금을 수익자에게 지급합니다.

<기준 : 형사합의 사망지원금 가입금액 1,000만원 >

구 분	지 급 금 액
	사망시
자가용	1,000만원
영업용	1,000만원

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 운전중 사고로 타인의 100%과실로 인하여 타인을 사망하게 한 경우에는 형사합의 사망지원금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 자가용을 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고는 보상하여 드리지 아니합니다.

제7조(면허취소위로금)

회사는 피보험자가 보험기간중에 제1조(보상하는 손해)에서 정한 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구는 제외 합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차운전면허(이하 “면허”라 합니다)가 행정처분에 의해 취소되었을 때에는 1사고마다 보험가입증서(보험증권)에 기재된 금액을 면허취소위로금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제8조(면허정지위로금)

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구는 제외 합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차운전면허(이하 “면허”라 합니다)가 행정처분에 의해 일시 정지되었을 경우에는 면허정지기간 동안 최고 60일을 한도로 보험가입증서(보험증권)에 기재된 일당액을 면허정지위로금으로 지급합니다. 다만, 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 면허정지위로금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항의 면허정지기간이라 함은 행정기관의 교정교육을 이수하여 면허정지기간을 감경받았거나 감경받을수 있는 경우에는 전체 면허정지기간에서 감경받았거나 감경받을수 있는 기간을 차감한 기간을 말합니다. 단, 행정기관의 교정교육을 이수하지 않아 면허정지기간을 감경받지 못하여 면허정지 처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조치 확인서를 제출할 경우에는 그러하지 아니합니다.

제9조(차량대체비용)

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 운전중 사고로 피보험자 또는 그 피보험자의 배우자가 소유한 자가용자동차(보험가입증서(보험증권)에 기재된 자동차에 한합니다. 이하 같습니다)에 전부손해(사고발생시 차량가액 기준입니다)가 발생한 경우 또는 자가용자동차를 도난 당하여 도난사실을 경찰관서에 신고한 후 30일이 지난 때에도 이를 찾지 못한 경우에는 이 특별약관에 따

라 보험가입증서(보험증권)에 기재된 금액을 차량대체비용으로 수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 전부손해라 함은 자동차가 완전히 파손·없어짐 또는 망가져서 수리할 수 없는 상태이거나 수리할 경우의 수리비용이 차량가액을 초과하는 경우를 말합니다.

③ 제2항의 차량가액이라 함은 사고발생 당시에 적용되는 보험개발원이 발행하는 자동차보험 차량 기준가액표상의 금액을 말합니다.

④ 제1항의 피보험자와 배우자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제10조(자동차렌트비용지원금)

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 운전중 사고로 피보험자 또는 그 배우자가 소유한 자가용자동차(보험가입증서(보험증권)에 기재된 자동차에 한합니다. 이하 같습니다)에 차량가액(매년 자동차보험 가입시 기준)의 30%이상의 부분손해 또는 전부손해가 발생한 경우 또는 자가용자동차를 도난 당하여 도난사실을 경찰관서에 신고한 후 30일이 지난 때에도 이를 찾지 못한 경우에는 이 특별약관에 따라 보험가입증서(보험증권)에 기재된 금액을 자동차렌트비용지원금으로 수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 차량가액이라 함은 매년 자동차보험 가입시점에서 적용되는 보험개발원이 발행하는 자동차보험 차량기준가액표 상의 금액을 말합니다.

③ 제1항의 전부손해라 함은 피보험자 또는 배우자가 소유한 자가용자동차가 완전히 파손·없어짐 또는 망가져서 수리할 수 없는 상태이거나 수리할 경우의 수리비용이 차량가액을 초과하는 경우를 말합니다.

④ 제1항의 피보험자와 배우자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제11조(견인비용)

① 회사는 피보험자(자가용 운전자만을 대상으로 합니다)가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 운전중 사고로 피보험자의 운전중인 자동차가 가동 불능상태가 되었을 경우에는 이 특별약관에 따라 보험가입증서(보험증권)에 기재된 금액을 견인비용으로 수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 차량의 자체결함, 노후화, 정비불량에 기인하는 가동불능
2. 피보험자의 운전회피
3. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고

제12조(자동차보험료 할증보조금)

① 회사는 피보험자(자가용 운전자만을 대상으로 합니다)가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 운전중 사고로 자동차보험의 대인배상 I (책임보험)의 타인의 신체상해손해 또는 자동차종합보험의 자기신체상해손해의 보상이 되었거나 자동차 종합보험의 대물배상에서 보상이 된 경우에 보험가입금액을 1 사고마다 매년 사고발생 해당일에 자동차보험료 할증보조금으로 3년간 수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 자동차보험료 할증보조금은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 이 보험의 예정이율로 할인된 금액을 수익자에게 지급합니다.

③ 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고는 보상하여 드리지 아니합니다.

제13조(주차장 및 아파트 단지내 사고위로금)

① 회사는 피보험자(자가용 운전자만을 대상으로 합니다)가 "주차장 및 아파트 단지내"에서 자가용

자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던중 사고로 자동차보험에서 아래의 각호에 해당하는 보상을 받은 경우 1사고당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 금액을 주차장 및 아파트단지내 사고위로금으로 수익자에게 지급합니다.

1. 피보험자의 자동차보험 "자기차량손해"에서 30만원 이상 보상받은 경우
 2. 피보험자의 자동차보험 "대물배상"에서 피해자에게 30만원 이상 보험금이 지급된 경우. 다만, 상기 각호의 경우가 동시에 발생한 때에는 각각에 대하여 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 "주차장 및 아파트단지내"라 함은 아래의 지역을 말합니다.

1. 아파트 단지내
 2. 지정주차장(공설, 사설을 불문합니다)
 3. 기타 주택가에 주차구역선이 설정되어 있거나 사회상규 내지 관습상 인정되는 주차구역
- ③ 제1항의 규정에도 불구하고 제2조(보상하지 아니하는 손해)와 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 경우는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 보유불명 사고(가해차량의 보유자와 등록번호가 모두 불명이거나 가해자가 불명인 사고를 말합니다)로 인하여 피보험자가 입은 자기차량손해
 2. 도로주행중(아파트 단지내 도로는 제외) 및 도로변 불법주차중 발생한 사고
 3. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고

제14조(대인보험료 할증지원금)

회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 운전중 사고로 타인의 신체에 대한 손해배상책임이 발생하는 경우(다만, 자동차보험의 대인배상 I에서 보험금이 지급된 경우에 한합니다) 보험가입증서(보험증권)에 기재된 일정액을 대인보험료 할증 지원금으로 수익자에게 지급합니다.

제15조(자동차성형치료비)

- ① 회사는 피보험자(자가용 운전자만을 대상으로 합니다)가 자동차사고의 직접적인 결과로 인하여 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 위해 사고일로 부터 1년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 이 특별약관에 따라 보험가입증서(보험증권)에 기재된 금액을 성형비용위로금으로 지급합니다. 다만, 미용을 위한 성형수술을 받은 경우에는 보상하여 드리지 아니합니다.
- ② 피보험자가 같은 사고로 제1항에서 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.
- ③ 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고는 보상하여 드리지 아니합니다.

제16조(교통사고 수습지원금)

회사는 피보험자(자가용 운전자만을 대상으로 합니다)가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 운전중 사고로 타인을 사망하게 하거나, 21일(3주)이상 치료(병원 및 의원에서 의료처치를 받기위해 입원하거나 통원한 경우를 말합니다)를 받게 한 경우에는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 금액을 수익자에게 지급합니다. 다만, 피해자가 다수인 경우에는 각각 수익자에게 지급합니다.

그러나, 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고는 보상하지 아니합니다.

제17조(교통사고 범칙위로금)

- ① 회사는 피보험자(자가용 운전자만을 대상으로 합니다)가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 운전중

사고가 발생하여 관할 경찰서에 교통사고로 접수된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 교통사고범
칙위로금으로 지급하여 드립니다.

그러나, 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고는 보상하지 않습니다.

② 피보험자는 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원을 반드시 제출하여야 합니다.

제18조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책
임준비금을 지급하여 드립니다.

제19조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보
험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

52-1. 벌금 미보장 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 “운전중 비용손해 특별약관” (이하 “특별약관”이라 합니다) 제3조(벌금)의 규정에도 불구하
고 벌금을 보상하여 드리지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 특별약관을 따릅니다.

52-2. 방어비용 미보장 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 “운전중 비용손해 특별약관” (이하 “특별약관”이라 합니다) 제4조(방어비용)의 규정에도 불
구하고 방어비용을 보상하여 드리지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 특별약관을 따릅니다.

52-3. 형사합의진단지원금 미보장 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 “운전중 비용손해 특별약관” (이하 “특별약관”이라 합니다) 제5조(형사합의지원금1)의 규정
에도 불구하고 형사합의진단지원금을 보상하여 드리지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 특별약관을 따릅니다.

52-4. 형사합의사망지원금 미보장 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 “운전중 비용손해 특별약관” (이하 “특별약관”이라 합니다) 제6조(형사합의지원금2)의 규정에도 불구하고 형사합의사망지원금을 보상하여 드리지 아니합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 특별약관을 따릅니다.

52-5. 면허취소위로금 미보장 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 “운전중 비용손해 특별약관” (이하 “특별약관”이라 합니다) 제7조(면허취소위로금)의 규정에도 불구하고 면허취소위로금을 보상하여 드리지 아니합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 특별약관을 따릅니다.

52-6. 면허정지위로금 미보장 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 “운전중 비용손해 특별약관” (이하 “특별약관”이라 합니다) 제8조(면허정지위로금)의 규정에도 불구하고 면허정지위로금을 보상하여 드리지 아니합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 특별약관을 따릅니다.

52-7. 차량대체비용 미보장 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 “운전중 비용손해 특별약관” (이하 “특별약관”이라 합니다) 제9조(차량대체비용)의 규정에도 불구하고 차량대체비용을 보상하여 드리지 아니합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 특별약관을 따릅니다.

52-8. 자동차렌트비용지원금 미보장 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 “운전중 비용손해 특별약관” (이하 “특별약관”이라 합니다) 제10조(자동차렌트비용지원금)의 규정에도 불구하고 자동차렌트비용지원금을 보상하여 드리지 아니합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 특별약관을 따릅니다.

52-9. 견인비용 미보장 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 “운전중 비용손해 특별약관” (이하 “특별약관”이라 합니다) 제11조(견인비용)의 규정에도 불구하고 견인비용을 보상하여 드리지 아니합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 특별약관을 따릅니다.

52-10. 자동차보험료할증보조금 미보장 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 “운전중 비용손해 특별약관” (이하 “특별약관”이라 합니다) 제12조(자동차보험료 할증보조금)의 규정에도 불구하고 자동차보험료 할증보조금을 보상하여 드리지 아니합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 특별약관을 따릅니다.

52-11. 주차장 및 아파트단지내 사고위로금 미보장 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 “운전중 비용손해 특별약관” (이하 “특별약관”이라 합니다) 제13조(주차장 및 아파트 단지내 사고위로금)의 규정에도 불구하고 주차장 및 아파트 단지내 사고위로금을 보상하여 드리지 아니합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 특별약관을 따릅니다.

52-12. 대인보험료 할증지원금 미보장 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 “운전중 비용손해 특별약관” (이하 “특별약관”이라 합니다) 제14조(대인보험료 할증지원금)의 규정에도 불구하고 대인보험료 할증지원금을 보상하여 드리지 아니합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 특별약관을 따릅니다.

52-13. 자동차성형치료비 미보장 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 “운전중 비용손해 특별약관” (이하 “특별약관”이라 합니다) 제15조(자동차성형치료비)의 규정에도 불구하고 자동차성형치료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 특별약관을 따릅니다.

52-14. 교통사고 수습지원금 미보장 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 “운전중 비용손해 특별약관” (이하 “특별약관”이라 합니다) 제16조(교통사고 수습지원금)의 규정에도 불구하고 교통사고 수습지원금을 보상하여 드리지 아니합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 특별약관을 따릅니다.

52-15. 교통사고 범칙위로금 미보장 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 “운전중 비용손해 특별약관” (이하 “특별약관”이라 합니다) 제17조(교통사고 범칙위로금)의 규정에도 불구하고 교통사고 범칙위로금을 보상하여 드리지 아니합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 특별약관을 따릅니다.

53. 자녀 후유장해보험금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 상해(이하 “일반상해”라 합니다)를 입었을 때에는 그 상해로 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

이 특별약관의 보상하지 아니하는 손해는 “1. 일반상해 사망·후유장해 특별약관”의 제2조(보상하지 아니하는 손해)를 따릅니다.

제3조(후유장해보험금)

① 고도후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】의 각호에 정한 장해분류표의 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해(이하 “고도후유장해”라 합니다)가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험가입금액(이하 “고도후유장해보험금”이라 합니다)을 수익자에게 지급합니다.

② 일반후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】의 각호에 정한 장해분류표의 지급률이 80%미만에 해당하는 후유장해(이하 “일반후유장해”라 합니다)가 남았을 경우에는 보험가입금액에 【별표1】각호에 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액(이하 “일반후유장해보험금”이라 합니다)을 수익자에게 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해 지급률로 제1항 및 제2항을 적용합니다.

④ 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 사고일부터 180일이 지나도록 【별표1】의 각호에서 정한 후유장해지급률이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

⑥ 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다.

다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제1항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

제4조(보험금의 지급한도)

회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 후유장해보험금은 제3조(후유장해보험금) 제1항의 고도 후유장해보험금을 한도로 합니다.

제5조(손해보상후의 계약)

① 회사가 제3조(후유장해보험금) 제2항에서 정한 일반후유장해보험금을 지급한 경우에는 남은 보험기간에 대한 일반후유장해보험금은 감액되지 아니하며, 제3조(후유장해보험금) 제1항의 고도후유장해보험금이 지급된 경우에는 제1항의 고도후유장해보험금은 더 이상 보상하지 않습니다.

② 피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

54. 자녀 7대암진단 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 제2항의 “자녀7대암보장개시일” 이후에 자녀7대암으로 진단 확정되었을 때에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 자녀7대암 진단급여금으로 수익자에게 지급합니다.

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

구 분	보험계약일로부터 90일이하	보험계약일로부터 90일초과 1년 이내	보험계약일로부터 1년초과
자녀7대암 진단급여금	15세미만 : 500만원 15세이상 : 없음	500만원	1,000만원

② 자녀7대암에 대한 회사의 보장개시일은 제2조(보험나이의 계산)에 따라 계산된 피보험자의 나이가 15세미만인 때에는 계약일로부터 하고, 15세이상인 때에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로부터(이하 “자녀7대암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

제2조(보험나이의 계산)

① 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

② 제1항의 피보험자의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제3조(자녀7대암의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “자녀 7대암”이라 함은 【별표34】 “자녀 7대암 분류표”에서 정한 뼈 및 관절 연골, 뇌 및 중추신경계, 림프 및 조혈관련조직, 부신, 간(남자만 해당), 고환(남자만 해당), 신장(여자만 해당), 난소신장(여자만 해당)을 말합니다. 다만 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

② 자녀 7대암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는, 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 자녀 7대암에 대한 임상학적 진단이 자녀 7대암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 자녀 7대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(특약의 무효)

계약을 맺을 때 피보험자가 보험 계약일로부터 “자녀7대암보장개시일”의 전일 이전에 자녀7대암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관의 계약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제5조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 + 1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 이 특별약관의 부활(효력회복)에 관하여는 보통약관 제1조(보험계약의 성립), 보통약관 제7조(회사의 보장의 시기 및 종기), 보통약관 제11조(보험료의 납입면제), 보통약관 제26조(계약전 알릴의무) 및 보통약관 제28조(알릴의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며 제1조(보상하는 손해) 제2항의 “암보장개시일”을 다시 적용합니다.

제6조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(특약보험료의 납입면제)

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 아래 사항중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생하고 특약이 소멸하지 않은 경우에는 차회 이후의 특약보험료 납입을 면제하여 드립니다.
1. 피보험자가 보험기간중 최초로 “자녀7대암 이외의 암”으로 진단 확정되었을 때
단, “자녀7대암 이외의 암”이란 보통약관 제16조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 암 중에서 **【별표34】** “자녀7대암 분류표”에서 정한 악성신생물을 제외한 암을 말합니다.
 2. 피보험자가 보험기간 중에 급격하고 우연한 외래의 사고로 인하여 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접적인 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 **【별표1】** 에서 정한 장해분류표의 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우
 3. 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제17조(“질병특정고도장해”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병특정고도장해로 진단 확정 되었을 때
- ② 제1항 제2호의 규정에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급율의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항 제2호를 적용합니다.
- ③ 제1항 제3호의 규정에도 불구하고 피보험자의 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용, 선천적 기형, 선천적 질환, 정신질환 및 이에 연유한 병상을 원인으로 한 질병으로 질병특정고도장해 진단이 확정되었을 때에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
- ④ 제1항 제2호 및 제3항의 규정에도 불구하고 사고일로부터 180일이 지나도록 **【별표1】** 의 각호에서 정한 후유장해지급률이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해

지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제1항 제2호의 경우 【별표1】에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 【별표1】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】의 각 장애분류별 최저지급율 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 아니합니다.

⑥ 제1항 제2호의 경우 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 제1항 제2호의 경우 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제11조의 보험료납입면제, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

55. 강력범죄위로금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 일상생활중에 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 각 호에서 정하는 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다.)에 피해가 발생하였을 경우에는 이 특별약관에 따라 보험가입증서(보험증권)에 기재된 금액을 강력범죄위로금으로 수익자에게 지급합니다.

1. 형법 제24장에서 말하는 살인죄
2. 형법 제25장에서 말하는 상해와 폭행의 죄
3. 형법 제32장에서 말하는 강간과 추행의 죄 중 강간죄
4. 형법 제38장에서 말하는 절도와 강도의 죄 중 강도죄
5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 “폭처법”이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

② 제1항 제1호의 살인, 제2호의 상해 및 폭행 및 제5호의 폭력 등의 경우에는 사망하거나 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상하여 드립니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

- ① 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 “폭처법” 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생한 손해
- ② 피보험자 및 수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
- ③ 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
- ④ 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해
- ⑤ 지진, 분화, 해일, 풍수해 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 손해

제3조(보험금 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자 또는 수익자가 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.

1. 사건신고확인원(관할 경찰서장 발행)
2. 의사진단서
3. 기타관련 증빙서류

제4조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

56. 식중독위로금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 음식물의 섭취로 인해 중독(이하 “식중독”이라 합니다)이 발생하고 그 직접적인 결과로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 2일이상 계속입원(“병원 또는 의원등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원하는 것으로 봄” 이하 같음)하여 치료를 받은 경우 입원기간(입원일로부터 퇴원일까지를 말합니다)에 따라 아래에 정한 금액을 식중독 위로금으로 수익자에게 지급합니다. 다만, 입원하지 않고 외래진료만 받은 경우는 제외합니다.

(기준 : 특약보험가입금액 100만원)

입원기간	2일 ~ 3일	4일 ~ 9일	10일 ~ 19일	20일 이상
식중독위로금	10만원	30만원	50만원	100만원

② 제1항에서 식중독이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요증세로 하는 급성질환으로서 【별표35】에 해당하는 질병을 말합니다.

제2조(입원의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “식중독”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에서 “식중독의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “식중독”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “식중독”의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 발병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “식중독”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “식중독”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 “식중독”으로 진단된 경우에는 이는 “식중독”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 “식중독”으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 “식중독”에 대한 입원이라도 식중독 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

제3조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

57. 학원폭력위로금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 일상생활중 제3자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 신체에 상해를 입은 경우에는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 금액을 학원폭력위로금으로 수익자에게 지급합니다. 다만, 관할경찰서의 폭력사고 확인서를 제출하여야 합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

- ① “1. 일반상해 사망·후유장해 특별약관”의 제2조(보상하지 아니하는 손해)의 사유로 생긴 손해
- ② 피보험자의 친족에 의한 사고
- ③ 피보험자가 “폭력행위등 처벌에 관한 법률”제4조의 적용을 받는 단체의 가입원으로서 그 단체의 활동중에 발생한 사고

제3조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

58. 특정전염병위로금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 전염병예방법 제2조에서 규정하고 있는 법정전염병중 【별표36】(특정전염병분류표)에서 정한 전염병에 감염되어 전염병환자로 진단 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 특정전염병치료비용으로 지급하여 드립니다.
- ② 제1항에서 전염병환자로 진단이라 함은 전염병의 병원체가 인체 내에 침입하여 증상을 나타내는 자가, 전염병예방법 제4조 제2항의 진단기준에 의한 의사의 진단 또는 보건복지부령이 정하는 기관의 실험실 검사를 통하여 확인이 된 것을 말합니다.

제2조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

59. 유괴·납치·인질위로금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 타인에 의해 유괴, 납치, 불법감금 등으로 억류상태에 놓이게 되어 관할 행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 경과한 시점까지 구출 또는 억류해제되지 않은 경우, 사고발생 사실을 관할 행정기관에 신고한 시점부터 피보험자가 구출 또는 억류 해제되거나 사망사실이 확인된 시점까지 보험가입증서(보험증권)에 기재된 일정금액(일당액)을 90일 한도로 수익자에게 지급합니다.

[억류상태의 정의]

- ① 신체적으로 직접 구속하여 장소적으로 일정한 구획밖으로 나가지 못하게 하는 것을 말합니다.
- ② 기망 또는 유혹의 수단이나 폭행 또는 협박을 수단으로 하여 현재 보호되고 있는 상태에서 벗어나게 하여 자기 또는 제3자의 지배아래 옮겨두는 것을 말합니다.
- ③ 제1항의 사고발생에 대해서는 관할 행정기관에 신고·접수한 시점에서 1년 이내에 관할 행정기관에 의해 유괴, 납치, 불법감금으로 판명되어야 사고로 인정합니다. 다만, 단순한 가출이나 실종으로 행방이 불명한 경우에는 보상하지 아니합니다.

제2조(손해의 통지)

계약자는 사고가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알리고 아래의 서류를 빠른 시일 안에 제출하여야 합니다.

- ① 유괴·납치·불법감금 신고 확인원(관할 경찰서장 발행)
- ② 그 밖의 필요한 증거자료

제3조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

60. 상해흉터복원 수술비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 병원 또는 의원(한방 병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(다만, 사고발생시점 만 15세 미만자의 경우 부득이 사고일로부터 2년 이내에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다)을 받은 경우 아래의 금액을 상해 흉터복원 수술비용으로 수익자에게 지급합니다.

1. 안면부 : 수술 1cm 당 14만원

2. 상지·하지 : 수술 1cm 당 7만원(단, 3 cm이상의 경우에 한합니다.)

주) 제1호 및 제2호에서 길이측정이 불가한 식피술의 경우 수술 cm는 최장직경으로 합니다.

② 제1항에서 정한 상해흉터복원수술비용은 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

③ 제1항에서 정한 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, 복부등은 제외합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

이 특별약관의 보상하지 아니하는 손해는 “1. 일반상해 사망·후유장해 특별약관”의 제2조(보상하지 아니하는 손해)를 따릅니다.

제3조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

61. 자녀 10대질환 입원비 담보 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 피보험자가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험기간중에 “자녀 10대질환”으로 진단 확정되고, 그 “자녀 10대질환”의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다)하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 3일초과 입원일수 1일당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 금액을 자녀 10대질환 입원급여금으로 수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 자녀 10대질환 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 “자녀 10대질환”의 치료를 직접목적으로 보험기간중에 2회이상 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나, 동일한 “자녀 10대질환”에 대한 입원이라도 자녀 10대질환 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ④ 제1항의 경우 피보험자가 “자녀 10대질환”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 자녀 10대질환 입원급여금은 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 자녀 10대질환 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑥ 제1항의 “자녀 10대질환”이라 함은 이 계약에 회사의 보장이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 “자녀 10대질환”을 말합니다. 다만, 보장이 시작되기전에 피보험자가 감염되거나 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

제2조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제3조(자녀 10대질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “자녀 10대질환”이라 함은 【별표37】 (자녀 10대질환 분류표)에서 정한 장·감염, 결핵 및 결핵의 후유증, 수막염, 간질, 중이염, 급성 상기도염 및 하기도염, 폐렴, 천식, 위·십이지장 궤양 및 염증, 헤르니아 및 장폐색을 말합니다.
- ② “자녀 10대질환”의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 병원,의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “자녀 10대질환”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “자녀 10대질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “자녀 10대질환”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “자녀 10대질환”의 치료중에 발

병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “자녀 10대질환”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “자녀 10대질환”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 “자녀 10대질환”으로 진단된 경우에는 이는 “자녀 10대질환”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 “자녀 10대질환”으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 “자녀 10대질환”에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

62. 자녀 10대질환 수술비 담보 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 피보험자가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험기간중에 “자녀 10대질환”으로 진단 확정되고, 그 “자녀 10대질환”의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에서 수술을 받은 때에는 매수술시마다 보험가입증서(보험증권)에 기재된 금액을 자녀10대질환 수술급여금으로 수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 “자녀 10대질환”이라 함은 이 계약에 회사의 보장이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 “자녀 10대질환”을 말합니다. 다만, 보장이 시작되기전에 피보험자가 감염되거나 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

제2조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제3조(자녀 10대질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “자녀 10대질환”이라 함은 【별표37】(자녀 10대질환 분류표)에서 정한 장·감염, 결핵 및 결핵의 후유증, 수막염, 간질, 중이염, 급성 상기도염 및 하기도염, 폐렴, 천식, 위·십이지장궤양 및 염증, 헤르니아 및 장폐색을 말합니다.

② “자녀 10대질환”의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

이 특약에서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 “자녀 10대질환”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 제1항에 정한 장소에서 의사의 관리하에 “자녀 10대질환”의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切断), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神经)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

63. 심장관련 소아특정질병 진단 담보 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 심장관련 소아특정질병으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약에 따라 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 심장관련 소아특정질병 진단급여금으로 수익자에게 지급합니다.

제2조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제3조(심장관련 소아 특정질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “심장관련 소아특정질병”이라 함은 “심장 합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki diseases with heart complication)" 및 "판막손상을 동반한 류마티스열(Rheumatic fever with vavular impairment)"을 말합니다.
 - ② 제1항에서 “심장 합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki diseases with heart complication)"이라 함은 해당전문의에 의하여 가와사키병으로 진단되고 심초음파상 반드시 가와사키병으로 인한 심장관상동맥의 확장이나 심장동맥류의 형성이 있어야 합니다.
 - ③ 제1항에서 "판막손상을 동반한 류마티스열(Rheumatic fever with vavular impairment)"이라 함은 해당 전문의에 의해 류마티스열로 진단되고 심초음파상 반드시 류마티스열에 의한 한 개 이상의 심장판막 손상이 있어야 합니다.
 - ④ “심장관련 소아특정질병”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외)자격증을 가진자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.
- 또한, 회사가 “심장관련 소아특정질병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

64. 가족일상생활배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 피보험자가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 아래에 열거한 사고(이하 “사고”라 합니다)로 타인의 신체의 장애 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 “배상책임손해”라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 보험가입증서(보험증권)에 기재된 기명 피보험자(이하 “기명 피보험자”라 합니다)가 주거용으로 사용하는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 “주택”이라 합니다)의 소유, 사용, 관리에 기인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)에 기인하는 우연한 사고

제2조(피보험자의 범위)

① 제1조(보상하는 손해)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

1. 기명 피보험자
2. 기명 피보험자의 배우자(가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 같습니다.)
3. 기명 피보험자 또는 기명 피보험자의 배우자와 생계를 같이하고, 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거 친족(민법 제 777조)
4. 기명피보험자 또는 기명 피보험자의 배우자와 생계를 같이하는 별거중인 미혼자녀

② 제1항에서 기명 피보험자와 기명 피보험자 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요 기타 이들과 유사한 사태
4. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
5. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
6. 제5호 이외의 방사선을 쬌는것 또는 방사능 오염

② 회사는 아래에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
2. 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장애(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다)에 기인하는 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 객실내 동산에 끼친 손해에 대하여는 그러하지 아니합니다.
 7. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임
 8. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
 9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한것을 제외합니다), 총기(공기총 제외)의 소유,사용, 관리에 기인하는 배상책임
 10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나, 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상하여 드립니다.
 11. 폭력행위에 기인하는 배상책임
- ③ 회사는 제1항 제1호 및 제2호의 사유가 발생한 때에는 이 특별약관 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 아니합니다.

제4조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(지급보험금)

- ① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
1. 피보험자가 피해자에게 지급한 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
 2. 피보험자가 손해방지의 방법을 강구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용. 그러나 피보험자가 손해방지의 방법을 강구한 후에 배상책임이 없음이 판명된 때에는 그 방법을 강구함에 따른 비용중 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 위하여 지급한 비용과 지급에 관하여 미리 회사의 승인을 받은 비용만 보상하여 드립니다.
 3. 피보험자가 권리의 보전 또는 행사의 절차를 밟는데 지급한 필요 또는 유익하였던 비용
 4. 피보험자가 회사의 승인을 받아 지급한 소송비용, 변호사보수, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 5. 피보험자를 대신하여 회사가 손해배상처리를 할 경우 피보험자가 회사의 요구에 따르기 위하여 지급한 비용
- ② 제1항의 손해에 대한 회사의 보상한도는 매 회의 사고마다 2만원을 초과하는 경우에 한하여 그 초과분으로 하되 아래와 같습니다.
1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 보험가입증서(보험증권)에 기재된 금액(1사고당 1억원 한도)
 2. 제1항 제2호 내지 제5호의 비용 : 피보험자가 지급한 비용의 전액. 그러나 제1항 제1호의 손해배상금이 보상한도를 넘는 경우에는 제1항 제4호의 비용은 보상한도액의 제1항 제1호의 손해배상금에 대한 비율에 따라 산출한 금액

제6조(타인을 위한 보험계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 보험계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제7조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 아래와 같은 사실이 있으면 이 계약은 무효로 합니다

- 1. 계약에 관하여 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기행위가 있었을 경우
- 2. 계약을 맺을 때 보험목적에 이미 손해가 발생하였거나 그 원인이 생긴 것을 알면서도 이를 회사에 알리지 아니하였을 경우

제8조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험가입증서(보험증권)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제9조(손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
 - 1. 손해의 방지 또는 경감을 위한 일체의 방법을 강구하는 일
 - 2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 절차를 취할 일
 - 3. 손해배상책임의 전부 또는 일부를 승인하고자 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일. 그러나 피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치는 거하지 아니합니다.
 - 4. 손해배상책임에 관하여 피보험자가 소송을 제기하려고 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 그 손해액을 아래에 따라 결정합니다.
 - 1. 제1항 및 제1호 및 제2호의 경우에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었다고 인정되는 부분을 뺍니다.
 - 2. 제1항 제3호의 경우에는 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분을 뺍니다.
 - 3. 제1항 제4호의 경우에는 소송비용 및 변호사 비용과 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분을 보상하지 아니합니다.

제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 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 증인출석에 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 아니한 때에는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제11조(보험금의 분담)

- ① 회사는 이 계약에서 보상하는 위험과 같은 위험을 보상하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다.)이 있을 경우에는 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 보상하여 드립니다.
- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제12조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제13조(보험금 청구권의 상실)

아래와 같은 경우에는 피보험자는 손해에 대한 보험금 청구권을 잃게 됩니다.

- ① 계약자 또는 피보험자가 손해의 통지 또는 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조하거나 변조한 경우
- ② 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 상당한 이유없이 손해의 조사를 방해 또는 회피할 때에는 그 해당 손해

제14조(계약후 알릴의무)

- ① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험가입증서(보험증권)에 확인을 받아야 합니다.
 - 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 - 2. 이 계약에서 보상하는 위험과 동일한 위험을 보상하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 - 3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제15조(알릴의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 보통약관의 “계약전 알릴 의무”조항을 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(계약후 알릴의무)의 제1항에서 정한 계약후 알릴의무를 이행하지 아니하였을 때
 3. 상당한 이유없이 손해조사를 거부 또는 회피할 때
- ② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 3. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
- ③ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다. 또한 이 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다.
- ⑤ 손해가 제1항 제1호 또는 제2호에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된 때에는 제4항에 관계없이 보상하여 드립니다.

제16조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우에는 그 주소와 성명
 2. 제3자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 3. 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 제1호 및 제2호의 통지를 게을리함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분은 보상하지 아니합니다.

제17조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

65. 일상생활배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자 및 그와 동거하는 배우자(이하 “피보험자”라 합니다)가 아래에 열거한 사고(이하 “사고”라 합니다)로 타인의 신체의 장해 또는 재물의 손해(재물의 없어짐, 손상 및 망가짐을 말함)에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 “배상책임손해”라 합니다)를 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 주거용으로 사용하는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 “주택”이라 합니다)의 소유, 사용, 관리에 기인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)에 기인하는 우연한 사고

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유로 입은 배상책임손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
4. 핵연료물질(사용된 연료를 포함) 또는 핵연료물질에 의해서 오염된 물질(원자핵 생성물 포함)의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고
5. 제4호 이외의 방사선을 쬌는것 또는 방사능 오염
6. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
7. 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
8. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(장해로 인한 사망을 포함합니다)에 기인하는 배상책임
9. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
10. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
11. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임.
- 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 그러하지 아니합니다.
12. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임
13. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
14. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리에 기인하는 배상책임
15. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상하여 드립니다.
16. 폭력행위에 기인하는 배상책임

제3조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고 상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우에는 그 주소와 성명
 2. 제3자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 3. 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항 제1호 및 제2호의 통지를 게을리함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분은 보상하지 아니합니다.

제4조(손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
1. 손해의 방지 또는 경감을 위한 일체의 방법을 조사하여 구하는 일
 2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 절차를 취할 일
 3. 손해배상책임의 전부 또는 일부를 승인하고자 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일. 그러나 피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치는 그러하지 아니합니다.
 4. 손해배상책임에 관하여 피보험자가 소송을 제기하려고 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 그 손해액을 아래와 같이 결정합니다.
1. 제1항 제1호 및 제2호의 경우에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었다고 인정되는 부분은 보상하지 아니합니다.
 2. 제1항 제3호의 경우에는 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분은 보상하지 아니합니다.
 3. 제1항 제4호의 경우에는 소송비용 및 변호사비용과 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분은 보상하지 아니합니다.

제5조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 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 지체 없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그

로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제6조(지급보험금)

① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급한 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 피보험자가 손해방지의 방법을 조사하여 구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용. 그러나 피보험자가 손해방지의 방법을 조사하여 구한 후에 배상책임이 없음이 판명된 때에는 그 방법을 조사하여 구함에 따른 비용중 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 위하여 지급한 비용과 지급에 관하여 미리 회사의 승인을 받은 비용만 보상하여 드립니다.
3. 피보험자가 권리를 지키거나 행사하기 위한 절차를 밟는데 지급한 필요 또는 유익하였던 비용
4. 피보험자가 회사의 승인을 받아 지급한 소송비용, 변호사보수, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
5. 피보험자를 대신하여 회사가 손해배상처리를 할 경우 피보험자가 회사의 요구에 따르기 위하여 지급한 비용

② 제1항의 손해에 대한 회사의 보상한도는 매 회의 사고마다 2만원을 초과하는 경우에 한하여 그 초과분으로 하되 아래와 같습니다.

1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 1사고당 1억원 한도
2. 제1항 제2호 내지 제5호의 비용 : 피보험자가 지급한 비용의 전액. 그러나 제1항 제1호의 손해배상금이 보상한도를 넘는 경우에는 제1항 제4호의 비용은 보상한도액의 제1항 제1호의 손해배상금에 대한 비율에 따라 산출한 금액

제7조(보험금의 분담)

① 이 계약의 배상책임손해 조항에서 보상하는 위험과 같은 위험을 보상하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있는 경우, 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 배상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는, 회사는 이 계약에 의한 배상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 지키거나 행사하기 위하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 그때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 계산한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 사망한 경우에는 제1항을 적용하지 아니합니다.
 - 1. 피보험자의 고의
 - 2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
 - 3. 계약자의 고의
- ③ 회사는 제2항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
 - 1. 제2항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 - 2. 제2항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 - 3. 제2항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.
단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

66. 골프활동중 배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중 골프시설(골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장, 탈의실등 그 이외의 부속시설을 포함 합니다. 이하 같습니다)구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식을 포함합니다)중에 타인의 신체 및 재물에 대한 법률상의 손해 배상 책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상하여 드립니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자와 제3자 사이에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우에 그 약정에 따라 가중된 손해배상 책임
2. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 없어짐, 손상 또는 망가진 경우 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해배상책임
3. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 손해배상책임
4. 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그밖의 기관)의 고의
5. 계약자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그밖의 기관)의 고의
6. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
7. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
8. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
9. 제8호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염

제3조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제4조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 아래와 같은 사실이 있으면 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

1. 계약에 관하여 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기행위가 있었을 경우
2. 보험목적에 이미 손해가 발생하였거나 그 원인이 생긴 것을 알면서도 이를 회사에 알리지 아니하였을 경우

제5조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험가입증서(보험증권)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제6조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위한 일체의 방법을 강구하는 일
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위하여 필요한 절차를 취할 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부를 승인하고자 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일. 그러나 피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치는 그러하지 아니합니다.
4. 손해배상책임에 관하여 피보험자가 소송을 제기하려고 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 그 손해액을 아래와 같이 결정합니다.

1. 제1항 제1호 및 제2호의 경우에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었다고 인정되는 부분을 뺍니다.
2. 제1항 제3호의 경우에는 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분을 뺍니다
3. 제1항 제4호의 경우에는 그 소송비용 및 변호사 보수와 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분은 보상하지 아니합니다.

제8조(지급보험금)

① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급한 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 피보험자가 손해방지의 방법을 강구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용. 그러나 피보험자가 손해방지의 방법을 강구한 후에 배상책임이 없음이 판명된 때에는 그 방법을 강구함에 따른 비용중 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 위하여 지급한 비용과 지급에 관하여 미리 회사의 승인을 받은 비용만 보상합니다.
3. 피보험자가 권리의 보전 또는 행사의 절차를 밟는데 지급한 필요 또는 유익하였던 비용
4. 피보험자가 회사의 승인을 받아 지급한 소송비용, 변호사 보수, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
5. 피보험자를 대신하여 회사가 손해배상처리를 할 경우, 피보험자가 회사의 요구에 따르기 위하여 지급한 비용

② 제1항의 손해에 대한 회사의 보상한도는 매회의 사고마다 2만원을 초과하는 경우에 그 초과하는 금액으로 하되 아래와 같습니다.

1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 보험가입증서(보험증권)에 기재된 보상한도액(1사고당 2천만원)

2. 제1항 제2호 내지 제5호의 비용 : 피보험자가 지급한 비용의 전액. 그러나 제1항 제1호의 손해배상금이 보상한도액을 넘는 경우에는 제1항 제4호의 비용은 보상 한도액의 제1항 제1호의 손해배상금에 대한 비율에 따라 산출한 금액을 드립니다.

제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 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 계약자 및 피보험자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제10조(보험금의 분담)

- ① 회사는 이 계약에서 보상하는 위험과 같은 위험을 보상하는 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 보상하여 드립니다.
- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사는 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제11조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상 청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제12조(보험금청구권의 상실)

아래와 같은 경우에는 피보험자는 손해에 대한 보험금청구권을 잃게 됩니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 손해의 통지 또는 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조하거나 변조한 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 상당한 이유없이 손해의 조사를 방해 또는 회피할 때에는 그 해당 손해

제13조(계약후 알릴의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험가입증서(보험증권)에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 2. 이 계약에서 보상하는 위험과 동일한 위험을 보상하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제26조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제13조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
 3. 상당한 이유없이 손해조사를 거부 또는 회피할 때
- ② 제1항 규정에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 3. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
- ③ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해약환급금을 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다. 또한 이 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다.
- ⑤ 손해가 제1항 제1호 또는 제2호에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된 때에는 제4항에 관계없이 보상하여 드립니다.

제15조(손해의 통지 및 조사)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우에는 그 주소와 성명
2. 제3자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 제1호 및 제2호의 통지를 게을리 함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를

게을리한 때에는 소송비용과 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

67. 홀인원축하금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)에 골프장에서 골프경기 중 홀인원(Hole in One)을 행한 경우에는 최초1회에 한하여 보험가입증서(보험증권)에 기재된 보험가입금액을 홀인원 축하금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.
- ② 제1항의 피보험자라 함은 프로경력이 없는 자로 골프경기를 아마추어(Amateur)의 자격으로 행한 자를 말하며 골프의 경기 또는 지도를 직업으로 하는 자를 제외합니다.
- ③ 제1항의 「골프장」이라 함은 각 홀이 서로 다른 티잉그라운드(Teeing Ground), 해저드(Hazard), 퍼팅그린(Putting Green) 및 스루더그린(Through the Green)으로 구성된 18홀 이상을 보유하고 있는 국내 소재 골프장을 말합니다. 다만, 18홀 미만의 일반대중골프장 및 회원제골프장 또는 정규대중골프장에 부속된 18홀 미만의 대중골프장은 제외합니다.
- ④ 제1항의 「골프경기」라 함은 골프장에서 골프장에 속한 캐디를 보조자로 하고 동반경기자 2명 이상(골프장이 주최 또는 공동 주최한 공식경기의 경우에는 그러하지 아니합니다)과 기준타수(PAR) 35이상의 9홀을 정규로 라운드 하는 것을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 「홀인원(Hole in One)」이라 함은 각 홀에서 제1타에 의해 볼이 직접 홀에 들어가는 것을 말합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 피보험자가 골프장의 경영자 또는 사용인(임시고용인을 포함합니다)인 경우에 그 피보험자가 경영하는 또는 고용되고 있는 골프장에서 행한 홀인원
- ② 피보험자가 갈때기 홀(그린에 볼을 올리기만 하면 볼이 홀에 들어가도록 설계한 홀을 말합니다)에서 행한 홀인원

제3조(보험금 등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(홀인원 증명서(동반경기자, 동반한 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공동 서명·날인이 있어야 합니다))
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(보험금 청구권의 상실)

계약자, 피보험자 또는 수익자가 손해의 통지 또는 보험금청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나, 그 서류 또는 증거를 위조하거나 변조한 경우에는 피보험자 또는 수익자는 손해에 대한 보험금청구권을 상실합니다.

제5조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

68. 골프용품손해 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 피보험자가 골프시설 구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식을 포함합니다)중에 생긴 아래의 손해를 보상하여 드립니다.

- ① 보험가입증서(보험증권)에 기재된 골프용품(골프채, 골프가방, 그밖의 골프용구 또는 피복류를 말합니다. 이하 같습니다)에 생긴 화재(낙뢰를 포함합니다), 도난손해
- ② 우연한 사고로 골프채가 부서지거나 휘어지거나 파손됨으로써 생긴 손해

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

- ① 골프용품의 사용과 관리를 위탁받은 자 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족(민법 제777조 규정의 범위와 같습니다. 이하 같습니다)의 고의
- ② 골프용품에 존재하고 있는 흠, 마멸, 부식, 녹 또는 쥐나 벌레로 인한 손해
- ③ 분실
- ④ 계약자, 피보험자의 고의 또는 중대한 과실

제3조(특약의 무효)

계약을 체결할 때 아래와 같은 사실이 있으면 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

- ① 계약에 관하여 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기행위가 있었을 경우
- ② 보험목적에 이미 손해가 발생하였거나 그 원인이 생긴 것을 알면서도 이를 회사에 알리지 아니하였을 경우

제4조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험가입증서(보험증권)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제5조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(골프용품손해보험금)

① 회사는 보험의 목적인 골프용품에 제1조(보상하는 손해) 제1항 제1호에 정한 손해가 발생한 때에는 골프용품손해 보험가입금액을 한도로 다음과 같이 보상하여 드립니다.

- 1. 손해가 발생한 보험 목적의 시가에 의하여 산정한 금액을 골프용품손해 보험가입금액을 한도로

보상하여 드립니다.

2. 손해가 발생한 보험의 목적을 수선하게 될 때에는 보험목적에 손해 발생 직전의 상태로 복구시키는데 필요한 수선비를 손해액으로 하여 보상하여 드립니다.

② 회사는 피보험자가 사전에 회사의 동의를 얻어 도난당한 보험의 목적을 발견 회수하는데에 지출한 비용을 보상하여 드립니다.

③ 회사가 도난에 의한 골프용품 손해를 보상하여 드렸을 때에는 도난당한 보험의 목적에 대하여 보험금의 보험가액에 대한 비율로 그 소유권을 차지할 수 있습니다. 그러나 피보험자는 그 보험금에 해당하는 금액을 회사에 내고 도난품의 소유권을 차지할 수 있습니다.

제7조(지급보험금)

① 회사가 지급할 보험금은 아래에 따라 계산합니다.

1. 보험가입금액이 보험가액과 같거나 이상일 때

: 보험가입금액을 한도로 손해액 전액

다만, 보험가입금액이 보험가액보다 많을 때에는 보험가액을 한도로 합니다.

2. 보험가입금액이 보험가액 보다 적을 때

$$\text{손해액} \times \frac{\text{보험가입금액}}{\text{보험가액}}$$

다만, 보험가입금액을 한도로 합니다.

② 동일한 보험계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 많을 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다.

1. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법을 같이하는 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 계약의 보험가입금액의 합계액}}$$

2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법을 달리하는 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

③ 하나의 보험가입금액으로 둘 이상의 보험목적에 계약한 경우에는 전체 보험가액에 대한 각 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분 합니다.

제8조(보험금청구권의 상실)

아래와 같은 경우에는 피보험자는 손해에 대한 보험금청구권을 잃게 됩니다.

① 계약자 또는 피보험자가 손해의 통지 또는 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조하거나 변조한 경우

② 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 상당한 이유없이 손해의 조사를 방해 또는 회피할 때에는 그 해당 손해

제9조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생

긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제10조(계약후 알릴의무)

① 계약을 맺은 후 보험목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험가입증서(보험증권)에 확인을 받아야 합니다.

1. 보험목적에 대하여 이 보험과 동일한 위험을 보상하는 다른 계약을 맺을 때
2. 보험목적의 양도할 때
3. 그 건물의 구조를 변경, 개축, 증축하거나 계속하여 15일 이상 수선할 때
4. 보험목적 또는 보험목적의 수용하는 건물의 용도를 변경함으로써 위험이 증가하는 경우
5. 보험목적인 건물 또는 보험목적이 들어 있는 건물을 계속하여 30일 이상 비워두거나 휴업하는 경우
6. 보험목적의 다른 장소로 옮길 때
7. 제1호 내지 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제11조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제28(계약전 알릴의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제10조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
3. 상당한 이유없이 손해조사를 거부 또는 회피할 때

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

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
3. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

③ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다. 또한 이 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다.

⑤ 손해가 제1항 제1호 또는 제2호에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된 때에는 제4항에 관계없이 보상하여 드립니다.

제12조(손해의 통지 및 조사)

- ① 보험목적에 손해가 생긴 경우 계약자 또는 피보험자는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 받은 때에는 사고가 생긴 건물 또는 그 구내와 거기에 들어있는 피보험자의 소유물을 조사할 수 있습니다.

제13조(손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리 한 때에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.
- ② 회사는 제1항의 손해방지 또는 경감에 소요된 필요 또는 유익한 비용(이하 “손해방지비용”이라 합니다)은 보험에 가입한 금액(이하 “보험가입금액”이라 합니다)의 보험목적의 가액(이하 “보험가액”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 제7조(지급보험금)의 지급보험금 계산 방법에 준하여 이를 보상하여 드립니다.
- ③ 회사는 제7조(지급보험금)의 지급보험금에 제2항의 손해방지비용을 합한 금액이 보험가입금액을 초과하더라도 이를 지급하여 드립니다.

제14조(손해액의 조사결정)

회사가 보상할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에 있어서의 보험가액에 따라 계산합니다.

제15조(보험금의 분담)

- ① 이 계약에서 보상하는 위험과 같은 위험을 보상하는 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 보상하여 드립니다.
- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제16조(현물보상)

회사는 손해의 일부 또는 전부에 대하여 그 손해에 상당하는 현물의 보상으로써 보험금의 지급에 대신할 수 있습니다.

제17조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 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 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제18조(잔존물)

회사가 잔존물을 인수하지 아니할 뜻을 나타내고 손해를 보상한 경우에는 그 잔존물은 피보험자의 소유가 됩니다.

제19조(보험목적에 대한 조사)

회사는 언제든지 보험목적 또는 이들이 들어있는 건물이나 구내를 조사할 수 있습니다.

제20조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

69. 의료비관련 보험료납입면제 대체납입 특별약관(갱신형)

(이 특별약관은 질병입원의료비Ⅱ(갱신형) 특별약관 또는 질병통원의료비Ⅱ(갱신형) 특별약관 또는 상해입원의료비Ⅱ(갱신형) 특별약관 또는 상해통원의료비Ⅱ(갱신형) 특별약관 또는 일반상해 의료비(갱신형) 특별약관을 가입한 피보험자에 한하여 적용하는 약관입니다.)

제1조(특약의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.

(이하 특별약관은 “특약”, 우리회사는 “회사”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)

② 이 특약은 피보험자가 질병입원의료비Ⅱ(갱신형) 특별약관 또는 질병통원의료비Ⅱ(갱신형) 특별약관 또는 상해입원의료비Ⅱ(갱신형) 특별약관 또는 상해통원의료비Ⅱ(갱신형) 특별약관 또는 일반상해 의료비(갱신형) 특별약관(이하 의료비관련 특별약관이라 합니다.)을 부가한 보험계약에 한하여 이루어지며 계약자가 가입한 의료비관련 특별약관이 갱신되지 아니하거나 중도에 해지된 경우에는 이 특별약관도 자동 해지 됩니다.

③ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조(보험기간 및 자동갱신)

① 이 특별약관의 보험기간은 5년으로 합니다. 단, 보통약관의 보험기간 종료일이 5년 미만인 경우에는 그 잔여 보험기간을 이 특별약관의 보험기간으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 보통약관의 보험기간이 100세만기인 경우에는 피보험자의 80세계약해당일을 최종 갱신특별약관의 보험기간 종료일로 하며 그 기간이 5년 미만인 경우에는 그 잔여 보험기간을 이 특별약관의 보험기간으로 합니다.

③ 회사는 이 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 15일 전까지 계약자의 별도 의사표시가 없을 때에는 종전의 특별약관(이하 “갱신전 특별약관”이라 합니다)과 동일한 내용으로 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 특별약관(이하 “갱신 특별약관”이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내 일것

2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 정한 연령의 범위 내일것

3. 갱신전 특별약관의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

④ 회사가 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정할 경우 갱신특별약관에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

⑤ 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 피보험자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

제3조(보험료의 납입)

① 계약자는 이 특약의 보험료를 보통약관의 보험료와 함께 납입하여야 합니다. 또한 보통약관의 보험료 납입이 완료되었더라도 이 특약의 보험료는 최종 갱신계약의 종료일까지 납입하여야 합니다.

② 제1항에서 불구하고 이 특약의 보험료 납입기일까지 보험료를 납입하지 않은 경우에 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 이 특약의 보험료를 납입하여 계약을 유효하게 지속합니다.

③ 계약자는 제2항에서 정한 방법으로 이 특약의 보험료가 전액 충당될 수 없는 경우에는 그 초과액을 추가로 납입하여야 합니다.

제4조(의료비관련 보험료납입면제의 대체납입)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제11조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 보험가입증서(보험증권)에 기재된 금액으로 차회이후 계약자가 납입하여야 할 의료비관련 특약 보험료를 대체하여 드립니다.

② 제1항에 따라 이 특약의 보험가입증서(보험증권)에 기재된 금액으로 차회이후 계약자가 납입하여야 할 의료비관련 특약 보험료를 대체한 경우 그 미지급금액에 대하여는 계약이 해지되거나 보험기간이 끝난 때까지 이 계약의 보험계약대출이율-2%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 보험기간중에 이 보험의 보험계약대출이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후에는 변경된 이율을 적용하며 최저보증이율은 연 2.0%로 합니다.

③ 계약자는 제1항에서 정한 방법으로 입·통원의료비II관련 특약의 보험료가 전액 충당될 수 없는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 보통약관의 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 의료비관련 특약의 보험료를 우선적으로 납입하고, 보통약관의 적립부분 책임준비금으로도 의료비관련 특약의 보험료가 전액 충당될 수 없는 경우에는 그 초과액을 추가로 납입하여야 합니다.

제5조(손해보상후의 계약)

① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(해지된 특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활(효력회복)규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 의료비관련 특별약관을 따릅니다.

70. 뇌출혈 체증형 진단급여금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 뇌출혈로 진단 확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 아래의 금액을 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구 분		뇌출혈 체증형 진단급여금
계약일부터 1년미만 진단시		1,000 만원
계약일부터 1년이상 진단시	경과년수 20년 미만시	1,000 만원 + (경과년수 × 5% × 1,000만원)
	경과년수 20년 이상시	2,000 만원

② 제1항에서 경과년수라 함은 보험계약일로부터 뇌출혈 진단확정일 까지의 연단위 기간을 말합니다.

제2조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류의 분류에 있어서 【별표11】(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌 혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(손해보상후의 계약)

① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외에 피보험자가 이 계약에서 보상하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

71. 급성심근경색증 체증형 진단급여금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중에 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 아래의 금액을 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구 분		급성심근경색증 체증형 진단급여금
계약일부터 1년미만 진단시		1,000 만원
계약일부터 1년이상 진단시	경과년수 20년 미만시	1,000 만원 + (경과년수 × 5% × 1,000만원)
	경과년수 20년 이상시	2,000 만원

② 제1항에서 경과년수라 함은 보험계약일로부터 급성심근경색증 진단확정일까지의 연단위 기간을 말합니다.

제2조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류의 허혈성심장질환 중에서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(【별표12】“급성심근경색증분류표” 참조)을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(손해보상후의 계약)

① 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관 계약의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항 이외에 피보험자가 이 계약에서 보상하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금, 보통약관 제18조의 보상하지 아니하는 손해, 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

72. 자녀만의 배상책임보상 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자(자녀)가 다음에 열거한 우연한 사고(이하“사고”라 합니다)에 따라 타인의 신체에 장해 또는 재물의 손해(재물의 없어짐, 손상 혹은 망가짐을 말합니다)를 입힘으로써 피보험자(자녀) 또는 민법 제755조에서 규정하는 피보험자(자녀)의 법정감독의무자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하“배상책임손해”라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 살고 있는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다)의 소유, 사용 또는 관리에 기인하는 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 또는 관리를 제외합니다)에 기인하는 우연한 사고

제2조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담하게 됨으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자 또는 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요 기타 이들과 유사한 사태
3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
4. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고
5. 제4호 이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염

② 회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 다음에 열거된 배상책임을 부담하게 됨으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자와 동거하는 친족에 대한 배상책임
2. 피보험자와 생계를 같이하는 별거중인 친족에 대한 배상책임
3. 피보험자와 제3자간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물에 대해서 그 재물에 대한 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임
5. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임
6. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
7. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것 제외), 총기(공기총 제외)의 소유, 사용 또는 관리에 기인하는 배상책임

제3조(손해의 통지 및 조사)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사

에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우에는 그 주소와 성명
2. 제3자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 제1호 및 제2호의 통지를 게을리 함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분은 보상하지 아니합니다.

제4조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위한 일체의 방법을 강구하는 일
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위하여 필요한 절차를 취할 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부를 승인하고자 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일.
그러나 피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치는 그러하지 아니합니다.
4. 손해배상책임에 관하여 피보험자가 소송을 제기하려고 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 그 손해액을 아래와 같이 결정합니다.

1. 제1항 제1호 및 제2호의 경우에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었다고 인정되는 부분을 뺍니다.
2. 제1항 제3호의 경우에는 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분을 뺍니다
3. 제1항 제4호의 경우에는 그 소송비용 및 변호사 보수와 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분은 보상하지 아니합니다.

제5조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 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 계약자 및 피보험자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제6조(지급보험금)

① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급한 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 피보험자가 손해방지의 방법을 강구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용. 그러나 피보험자가 손해방지의 방법을 강구한 후에 배상책임이 없음이 판명된 때에는 그 방법을 강구함에 따른 비용중 응급처치, 긴급호송 또는 그밖의 긴급조치를 위하여 지급한 비용과 지급에 관하여 미리 회사의 승인을 받은 비용만 보상하여 드립니다.
3. 피보험자가 권리의 보전 또는 행사의 절차를 밟는 데 지급한 필요 또는 유익하였던 비용
4. 피보험자가 회사의 승인을 받아 지급한 소송비용, 변호사보수, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
5. 피보험자를 대신하여 회사가 손해배상처리를 할 경우, 피보험자가 회사의 요구에 따르기 위하여 지급한 비용

② 제1항의 손해에 대한 회사의 보상한도는 매 회의 사고마다 2만원을 초과하는 경우에 그 초과하는 금액으로 하되 아래와 같습니다.

1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 증권에 기재된 보상 한도액(1사고당 1억원)
2. 제1항 제2호 내지 제5호의 비용 : 피보험자가 지급한 비용의 전액. 그러나 제1항 제1호의 손해배상금이 보상한도액을 넘는 경우에는 제1항 제4호의 비용은 보상한도액의 제1항 제1호의 손해배상금에 대한 비율에 따라 산출한 금액

제7조(보험금의 분담)

① 회사는 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사는 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제8조(보험금 청구권의 상실)

아래와 같은 경우에는 피보험자는 손해에 대한 보험금 청구권을 잃게 됩니다.

- ① 계약자 또는 피보험자가 손해의 통지 또는 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조하거나 변조한 경우
- ② 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 상당한 이유없이 손해의 조사를 방해 또는 회피할 때에는 그 해당 손해

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상 청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은

손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 부담합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제10조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 보험계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이익을 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 보험계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제11조(손해보상후의 계약)

피보험자가 사망한 경우에 이 계약은 소멸되며 이 경우 그 때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

73. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

- ① 보험계약자는 이 특별약관에 따라 보험계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정 계좌를 이용하여 보험료를 자동납입 합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 보험계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 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 제1조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 보험계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

보험계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 피보험자가 가입한 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

74. 신용카드이용 보험료납입 특별약관

제1조(적용범위)

이 특별약관은 신용카드회사(이하 “카드회사”라 합니다)의 카드회원을 계약자로 하여 초회보험료(부활(효력회복)시 연체보험료 및 부활(효력회복) 후 최초납입보험료를 포함합니다)를 납입하는 경우나 카드회사의 카드회원인 계약자가 회사와 보험대리점 계약을 체결한 신용카드 법인대리점을 통하여 보험료를 자동납입하는 경우에 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

보험회사는 이 특별약관에 따라 보험계약자가 정해진 신용카드로써 보험료를 결제하기 위하여 매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 보험료의 영수시점으로 봅니다.(다만, 계약자의 귀책사유로 카드 승인이 불가능한 경우에는 실제 카드회사의 승인을 받은 날을 보험료의 영수시점으로 봅니다.)

제3조(사고카드 계약)

- ① 보험계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 보험자의 책임개시일로부터 그 효력을 상실합니다.
- ② 제1항의 사고카드라 함은 유효기간이 경과한 카드, 위조 변조된 카드, 무효 또는 거래정지 통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 피보험자가 가입한 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

75. 전자거래 특별약관

제1조(적용범위)

회사는 이 특별약관에 따라 컴퓨터를 이용하여 보험을 거래할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(이하 “사이버몰”이라 합니다)을 이용하여 보험계약이 체결되는 경우에 적용합니다.

제2조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 보통약관 제3조(약관교부 및 설명의무 등)의 제1항에도 불구하고 컴퓨터를 이용하여 사이버몰에 게시된 청약서, 보험약관 전부 및 보험약관의 중요내용에 모두 동의한 경우에는 청약서 및 보험약관 교부와 보험약관 중요내용을 알려드린 것으로 간주합니다.

② 회사가 제1항을 위반한 때에는 계약자는 계약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료에 이 보험의 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더하여 드립니다.

제3조(전자서명의 효력)

회사는 보통약관 제3조(약관교부 및 설명의무 등) 제②항에도 불구하고 사이버몰에서 계약의 청약과 관련하여 계약자 등이 청약서에 전자거래기본법 제16조의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 한 경우 그 전자서명을 계약자등이 직접 서명날인(도장을 찍음)한 것으로 봅니다.

제4조(보험료의 납입)

① 이 특약에 의한 보험료의 납입은 은행(우체국을 포함합니다)을 이용한 자동납입이나 신용카드회사의 신용카드(이하 “신용카드”라 합니다)를 이용한 납입에 한합니다.

② 자동납입의 경우에는 자동이체신청을 받은 날을, 신용카드를 이용한 납입의 경우에는 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 보험료의 영수시점으로 봅니다. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 실제 보험료가 이체된 날과 카드회사의 승인을 받은 날을 보험료의 영수시점으로 봅니다.

③ 보험계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

④ 보험계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 보험자의 책임개시일로부터 그 효력을 상실합니다.

⑤ 제4항의 사고카드라 함은 유효기간이 경과한 카드, 위조 변조된 카드, 무효 또는 거래정지 통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 피보험자가 가입한 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

76. 특별조건부인수 특별약관

제1조(특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.
(이하 특별약관은 “특약”, 우리회사는 “회사”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
- ② 이 특약의 효력발생일은 보통약관의 “회사의 책임의 시기 및 종기”에 관한 규정에서 정한 책임개시일과 동일합니다.
- ③ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ④ 보험계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우에는 계약을 무효로 하지 아니합니다.

제2조(특별면책조건의 내용)

- ① 보험계약에 이 특약을 부가할 때 피보험자의 건강상태에 따라서 제2항의 조건을 부가합니다.
- ② 이 특약에서 정한 면책기간중에 【별표38】 “특정부위 분류표”중에서 회사가 지정한 부위(이하 “특정부위”라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다)을 직접적인 원인으로 보험계약에 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 질병으로 인한 사망 또는 질병으로 【별표1】 “장해분류표”에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ③ 제2항의 면책기간은 특정부위의 상태에 따라 “1년부터 5년” 또는 “보험계약의 보험기간”으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.
- ④ 제2항의 규정에도 불구하고 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에 해당하는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 회사에서 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑦ 제2항의 특정부위는 2개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

제3조(해지된 특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 “보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)”의 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 피보험자가 가입한 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

77. 특정부위·상해 미보장 특별약관

제1조(특약의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.

(이하 특별약관은 “특약”, 우리회사는 “회사”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)

② 이 특약의 효력발생일은 보통약관의 “회사의 책임의 시기 및 종기”에 관한 규정에서 정한 책임개시일과 동일합니다.

③ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조(특별면책조건의 내용)

① 이 특별약관에서 【별표41】 “특정부위·상해 분류표”에서 정한 신체부위에 상해 사고를 직접적인 원인으로 보험계약에 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 상해 사고로 인한 사망 또는 그 상해 사고에 의한 직접결과로써 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 「후유장해」라 합니다)되어 【별표1】 “장해분류표”에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 아니합니다.

② 제1항의 【별표41】 “특정부위·상해 분류표”란 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하는 기능, 외모(외모라 함은 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말합니다.), 척추(등뼈)[척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 합니다], 체간골(체간골이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 합니다), 팔, 다리, 손가락, 발가락, 흉·복부 장기 및 비뇨 생식기를 말합니다. 다만, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 봅니다.

③ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

④ 피보험자가 회사에서 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑤ 제1항의 특정부위는 2개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지된 특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 “보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)”의 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 피보험자가 가입한 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

78. 이륜자동차 운전중 상해 미보장 특별약관

제1조(특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.
(이하 특별약관은 “특약”, 우리회사는 “회사”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
- ② 이 특약은 피보험자가 이륜자동차를 소유,사용(직업,직무 또는 동호회 활동등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어 집니다.
- ③ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 보험기간중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인것과 배기량 122ㄷ이하로서 3륜이상인 자동차를 포함합니다)]와 배기량이 50ㄷ미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트미만)인 이륜자동차를 말합니다.
- ③ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 사고처리 확인원등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활(효력회복)규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 피보험자가 가입한 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

79. 피보험자확장보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

① 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 이 특별약관에 따라 보통약관 제15조(보상하는 손해)에서의 피보험자를 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자 본인(이하 “본인”이라 합니다)이외에 본인과 관계가 다음과 같은 사람 중 보험가입증서(보험증권)에 기재된 사람으로까지 확대하여 적용합니다.

1. 본인과 가족
2. 본인과 고용관계에 있는 사람

② 제1항 제1호의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 본인과 배우자
2. 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 동거친족(민법 제777조)
3. 본인과 생계를 같이하는 별거중인 미혼자녀

③ 제1항의 제2호에서 고용관계라 함은 피고용인이 고용인에게 노무를 제공하고 고용인은 그에 대한 보수를 지급하기로 약정한 관계를 말합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다.

단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 보상하는 손해에 해당하는 보통약관 제19조 내지 제20조의 보험금과 보통약관 제23조의 중도인출금 및 만기환급금의 지급에 대한 규정은 적용하지 아니합니다.

【별표1】

장 해 분 류 표

① 총칙

1. 장애의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용

을 추가적으로 기재하여야 한다.

② 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) “ 0.06 ”	25
5) “ 0.1 ”	15
6) “ 0.2 ”	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각 무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장애정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

- 10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
 - ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
- 6) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
- 10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/2이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/4이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 3) 심한 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
- 4) 뚜렷한 운동장애
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
 - ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 5) 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
- 6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)

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

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

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

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

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

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

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
- 2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
 - ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
 - ② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
- 3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은

- ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우

나) “심한 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
- ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우

다) “뚜렷한 장애”라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) “약간의 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문

에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.

- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은

- ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우

나) “심한 장해”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우

다) “뚜렷한 장해”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) “약간의 장해”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

- 7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.
다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나

다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
- 5) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관

절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

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

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

- 1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

1) 신경계

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

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “<불임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거
 - ㉠ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
 - ㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
 - 보호자나 환자의 진술
 - 감정의 추정 혹은 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
 - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
- ⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

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

4) 간질

- ① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련,

의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

- ② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑥ “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

	- (40%) - (30%) - walker 가 (20%) - 가 , 100m - 가 가 , 100m (10%)
	- (20%) - 가 (15%) - 가 가 가 가 (10%) - 가 가 (5%)
	- (20%) - 가 () (15%) - , 가 (10%) - 2 (, ,) (5%)
목욕	- (10%) - 가 , (5%) - () (3%)
옷입고 벗기	- (10%) - (5%) - 가 (,) 가 (3%)

【별표2】

악성신생물 분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

, 가	C00 C14 C15 C26 C30 C39 C40 C41 C43 C44 C45 C49 C50 C51 C58 C60 C63 C64 C68 C69 C72 C73 C75 C76 C80 C81 C96 C97 D45 D46 D47.1 D47.3 L41.2

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

【별표3】

상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 상피내암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

1. ,	D00
2.	D01
3. 가	D02
4.	D03
5.	D04
6.	D05
7.	D06
8.	D07
9.	D09

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

【별표4】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

1.	D37
2. 가 , , 가	D38
3.	D39
4.	D40
5.	D41
6.	D42
7.	D43
8.	D44
9.	D47.0
10.	D47.2
11. ,	D47.7
12. ,	D47.9
13.	D48
14.	D76.0

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

【별표5】

질병특정고도장애 판정기준

질병 특정고도장애는 다음에 적은 장애상태를 말합니다. 각 장애상태의 세부 판정기준, 판정시기, 장애 진단전문의 및 장애진단기관의 기준에 관하여는 보건복지부의 「장애등급판정기준」을 따릅니다.

1. 팔·다리의 절단장애

- (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 기능장애

- (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 기능장애는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장애가 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 기능장애

- (1) 척추의 병변으로 척추가 완전강직되어 앉은 자세를 10분이상 유지하기 어려운 경우

※ 척추의 기능장애는 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 기능장애로 판정할 수 없습니다.

4. 뇌병변장애

- (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, 용변처리등을 어느 정도 할 수 있으나, 목욕, 물이 들어 있는 컵을 손으로 흘리지 아니하고 옮기는 일 또는 선반에 물건을 올리는 일등은 거의 할 수 없는 경우

(3) 아래 7.의 (3)뇌병변장해의 ①과 ②에 동시에 해당되는 경우

5. 시각장애

(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. 청각장애

(1) 두 귀의 청력 손실이 각각 90데시벨 이상인 경우

※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

7. 서로 다른 신체부위에 각각 장애가 발생되어 아래의 장애중 2가지 이상에 해당되는 경우

(단, 뇌병변 장애가 팔·다리의 절단장애 또는 팔·다리의 기능장애와 동반된 경우에는 하나의 장애로 봅니다.)

(1) 팔·다리의 절단장애

① 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상부위에서 잃은 경우

② 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절이상 부위에서 잃은 경우

③ 두 다리를 쇼파관절 이상 부위에서 잃은 경우

④ 한 다리를 무릎관절 이상 부위에서 잃은 경우

(2) 팔·다리의 기능장애

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 움직일수 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 기능장애는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능 장애가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.

※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.

※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.

※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

(3) 뇌병변장애

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)뇌병변장애의 ①과 ②에 동시에 해당되는 경우

(4) 시각장애

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 사용할수 있습니다.

(5) 청각장애

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) 언어장애

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 25미만 인 경우로서 정신지체 장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우

※ 말더듬, 조음 및 언어장애는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.

8. 서로 다른 신체부위에 각각 장애가 발생되어 위 7.의 장애 중 1가지 이상에 반드시 해당되고 아래의 장애중 1가지 이상에 해당되는 경우

(단, 뇌병변 장애가 팔·다리의 절단장애 또는 팔·다리의 기능장애와 동반된 경우 에는 하나의 장애로 봅니다.)

(1) 팔·다리의 절단장애

- 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 기능장애

- 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 관절 총운동범위가 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 완전강직 되었거나 운동범위가 90%이상 감소된 경우

- ※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장애는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능 장애가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.
- ※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.
- ※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.
- ※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

(3) 뇌병변장애

- ① 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 근거리보행만이 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 굵은끈을 메는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을수행하는데 매우 어려움이 있는 경우
- ③ 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 아래 ㉠과 ㉡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 굵은끈을 메는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는일을 수행하는데 상당히 어려움이 있는 경우

(4) 시각장애

- 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 사용할수 있습니다.

(5) 청각장애

- ① 두 귀의 청력 손실이 각각 70데시벨 이상인 경우
 - ② 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50%이하인 경우
 - ③ 양측 평형기능의 소실이나 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하고 일상에서 자신을 돌보는 일과 간단한 보행이나 활동만 가능한 경우
- ※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

(6) 언어장애

- ① 발성(음도, 강도, 음질)이 부분적으로 가능한 음성장애
- ② 말의 흐름이 방해받는 말더듬(아동 41~96%, 성인 24~96%)

- ③ 자음정확도가 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.

【별표6】

골 절 분 류 표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넓적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표6-1】

골 절(치아파절제외) 분 류 표

약관에 규정하는 골절(치아파절제외)로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절 (치아파절 제외)	S02 S02.5는 제외
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넓적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표7】

화 상 분 류 표

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 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 어깨 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 호흡기도의 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 피부밑 조직의 기타장애	L59

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표8】

3대고액치료비암 분류표

약관에 규정하는 3대고액치료비암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
- 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C41
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물	C70-C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물	C72
3. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
- 호지킨병	C81
- 여포성[결절성] 비호지킨 림프종	C82
- 미만성 비호지킨 림프종	C83
- 말초 및 피부성 T-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 형의 비호지킨 림프종	C85
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈·관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96

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

【별표9】

여성 3대암 분류표

약관에 규정하는 여성3대암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 위의 악성신생물	C16
2. 유방의 악성신생물	C50
3. 자궁목의 악성신생물	C53
4. 자궁체의 악성신생물	C54
5. 상세불명 자궁부위의 악성신생물	C55
6. 난소의 악성신생물	C56
7. 태반의 악성신생물	C58

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

【별표10】

뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

1.	I60
2.	I61
3.	I62
4.	I63
5.	I65
6.	I66

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

【별표11】

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

1.	I60
2.	I61
3.	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표12】

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

1.	I21
2.	I22
3.	I23

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

【별표13】

16대특정질병 분류표

약관에 규정하는 16대특정질병으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분류번호
당뇨병	당뇨병	E10 ~ E14
심장질환	급성 류마티스열 만성 류마티스 심장질환 허혈성 심장질환 폐성심장병 및 폐순환의 질환 기타형태의 심장병	I 00 ~ I 02 I 05 ~ I 09 I 20 ~ I 25 I 26 ~ I 28 I 30 ~ I 52
고혈압	고혈압성 질환	I 10 ~ I 15
뇌혈관질환	뇌혈관질환	I 60 ~ I 69
간질환	바이러스 감염 간의 질환	B15 ~ B19 K70 ~ K77
위·십이지장궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명부위의 소화성궤양	K25 ~ K27
갑상샘질환	갑상샘의 장애 처치후, 방사선조사후, 수술후 갑상샘기능저하증	E00 ~ E07, E89.0
동맥경화증	죽상경화증	I70
만성하기도질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액농성 만성기관지염 상세불명의 만성기관지염 천식 천식지속상태	J40 J41 J42 J45 J46

대 상 질 병		분류번호
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	폐렴사슬알균에 폐렴	J13
	헤모필루스 인플루엔자에 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
	리지오넬라병	A48.1
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
관절염	감염성 관절병증	M00 ~ M03
	염증성 다발성 관절병증	M05 ~ M14
	관절증	M15 ~ M19
	기타 관절장애	M20 ~ M25
백내장	노년 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 장애	H27
녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
결핵	결핵	A15 ~ A19
	결핵의 후유증	B90
신부전	콩팥(신장)기능상실	N17 ~ N19
생식기질환	남성생식기관의 질환	N40 ~ N45, N47 ~ N51
	여성골반내 장기의 염증성 질환	N70 ~ N77
	여성생식기의 비염증성 장애	N80 ~ N95
	(습관성 유산자 제외)	
	(여성불임증 제외)	
	(인공 수정과 관련된 합병증 제외)	
	비뇨생식기계통의 기타장애	N99

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표14】

부인과질병 분류표

약관에 규정하는 부인과질병으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 상피내 신생물	D00 ~ D09
2. 양성신생물	D10 ~ D36
3. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37 ~ D44
	D47.0, D47.2, D47.7, D47.9, D48, D76.0
4. 유방의 장애	N60 ~ N64
5. 여성 골반내 장기의 염증성 질환	N70 ~ N77
6. 여성 생식기의 비염증성 장애	N80 ~ N95
(습관성 유산자 제외)	
(여성불임증 제외)	
(인공 수정과 관련된 합병증 제외)	

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

【별표15】

여성만성질환 분류표

약관에 규정하는 여성만성질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
1. 골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	뼈 연속성의 장애	M84
2. 관절염	관절병증	M00 ~ M25

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

【별표16】

갑상샘질환 분류표

약관에 규정하는 갑상샘질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 선천요오드 결핍 증후군	E00
2. 요오드 결핍과 관련된 갑상샘 장애 및 동류의 병태	E01
3. 준임상적인 요오드 결핍 갑상샘 기능저하증	E02
4. 기타 갑상샘기능 저하증	E03
5. 기타 비중독성 갑상샘증	E04
6. 갑상샘 중독증(갑상샘기능 항진증)	E05
7. 갑상샘염	E06
8. 갑상샘의 기타장애	E07
9. 처치후, 방사선조사후, 수술후 갑상샘기능 저하증	E89.0

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

【별표17】

비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환

약관에 규정하는 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국 표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표18】

질병입원의료비에서 보상하지 아니하는 질병

약관에 규정하는 질병으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병
1. 정신과 질환 및 행동장애(F00-F99). 단, 치매(F00-F03)는 보상
2. 치질, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환 I84 치질 K60 항문 및 직장부의 열구 및 셋길(누공) K61 항문 및 직장부의 고름집(농양) K62 항문 및 직장의 기타 질환 N39 비뇨기계통의 기타 장애
3. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00-K08)
4. 여성생식기의 비염증성 장애 N96 습관성 유산자 N97 여성 불임증 N98 인공 수정과 관련된 합병증
5. 임신, 출산 및 산후기(O00-O99). 단, 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상
6. 선천성기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)

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

【별표19】

질병통원의료비에서 보상하지 아니하는 질병

약관에 규정하는 질병으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병
1. 정신과 질환 및 행동장애(F00-F99). 단, 치매(F00-F03)는 보상 2. 치질, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환 I84 치질 K60 항문 및 직장부의 열구 및 셋길(누공) K61 항문 및 직장부의 고름집(농양) K62 항문 및 직장의 기타 질환 N39 비뇨기계통의 기타 장애 3. 여성생식기의 비염증성 장애 N96 습관성 유산자 N97 여성 불임증 N98 인공 수정과 관련된 합병증 4. 임신, 출산 및 산후기(O00-O99). 단, 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상 5. 선천성기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)

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

【 20】

‘ 9 (Rule of 9's)' (Lund &
Browder chart)' 20% 3
, ‘ 9 ‘
가 .

【별표21】

중대한 특정상해 분류표

약관에 규정하는 중대한 특정상해로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구 분	분류항목	분류번호
뇌손상	머리내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 가슴내 장기의 손상	S27
	복부내 기관의 손상	S36
	비뇨기 및 골반 장기의 손상	S37

- 주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 위의 분류표에서 3단위 항목표로 표시된 분류번호에 대해서는 3단위 항목표에 포함 된 4단위항목의 상병을 모두 보상하며, 4단위항목표로 표시된 분류번호는 그 분류번호에 해당되는 상병만을 보상합니다.

【별표22】

(Coronary Artery Bypass Graft CABG)

1. 관상동맥우회술이라 함은 관상동맥질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(Greater Saphenous Vein), 내유동맥(Internal Mammary Artery)등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥에 연결하여 주는 수술을 말합니다.
2. 관상동맥확장술(인공혈관 등)과 다른 모든 내부동맥에 활용된 카테터(Catheter) 및 레이저 기술이나 개흉술을 동반하지 않은 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
- 예) 관상동맥성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반제술(Rotational Atherectomy)
3. 제1항의 관상동맥우회술은 혈관촬영법을 통해 현격한 관상동맥의 협착에 대한 근거를 제공하여야 하며 그 기술이 의학적으로 반드시 필요하다는 심장병전문의사의 판단이 있어야 합니다.

【별표23】

(Heart Valve Surgery)

1. 심장판막수술이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두가지 기준중 한가지 이상에 해당하는 경우입니다.

가.반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공심장판막 또는 생체판막으로 치환하여주는 수술

나.반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(valvuloplasty)을 해주는 수술

2. 그러나 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.

가.카테터를 이용하여 수술하는 경우

예)경피적 판막성형술(percutaneous balloon valvuloplasty)

나.개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

【별표24】

(Aorta Graft Surgery)

1. 대동맥류인조혈관치환수술이라 함은 대동맥류의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥류 병소를 절제(excision)하고 인조혈관(graft)으로 치환하는 수술을 말합니다. 여기에서 “대동맥”이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(branch)동맥들은 제외됩니다.

2. 그러나 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.

예)경피적혈관내 대동맥류수술(percutaneous endovascular aneurysm repair)

【별표25】

기질성치매 분류표

“기질성치매로 진단확정되다”는 것은 다음의 1.과 2.에 모두 해당되는 “기질성치매”임을 의사의 자격을 가진자에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 1.에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

여기에서 “기질성치매”란 제5차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 알쯔하이머병에서의 치매	F00
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표26】

일상생활동작장해 분류표

1. 보행을 스스로 할 수 없음

- ① 두손두발로 기거나, 무릎 또는 엉덩이를 바닥에 붙이지 않으면 이동할 수 없다.
- ② 혼자서는 뒤집지 못하거나 침대위에서 조금 밖에 이동할 수 없다.
- ③ 혼자서는 전혀 이동할 수 없다.

2. 음식물 섭취를 스스로 할 수 없음

- ① 혼자서는 식사도구를 사용하여 식사할 수 없다.
- ② 혼자서는 전혀 식사할 수 없다.(신체의 장애에 의해 요양 중이어 서 입을 통한 영양섭취 및 식사가 불가능하여 혈관 또는 신체에 튜브를 통해 수액제를 삽입하거나 유동식으로 영양공급이 한정되어 있는 상태를 포함함)

3. 대소변의 배설후 뒷처리를 스스로 할 수 없음

- ① 혼자서는 배변을 닦아내는 것이 불가능하다.
- ② 혼자서는 배변을 위해 앉아 있는 자세를 취할 수 없다.
- ③ 잦은 실금(失禁)으로 인하여 기저귀 또는 특수용기를 사용하고 있다.
- ④ 치료를 위한 절대안정으로 침상에서 특수용기를 사용하여 배설행위를 해야 한다.

4. 목욕을 스스로 할 수 없음

- ① 혼자서는 몸을 씻거나 닦거나 할 수 없다.
- ② 혼자서는 욕조에 출입을 할 수 없다.
- ③ 혼자서는 전혀 목욕을 할 수 없다.

5. 의복을 입고 벗는 일을 스스로 할 수 없음

- ① 혼자서는 옷을 입거나 벗을 수 없다.

【별표27】

문제행동 분류표

1. 배회한다. 또는 길을 잃는다.
2. 과식, 거식 또는 이식(異食, 음식물이 아닌 종류를 섭취)을 한다.
3. 장소에 가리지 않고 배설을 한다. 또는 신체의 배설물을 묻히거나 만지는 등의 불결한 행위를 한다.
4. 폭력행위 또는 파괴행위를 한다.
5. 흥분해서 소동을 피운다.
6. 불단속을 제대로 하지 못한다.
7. 물건을 훔친다. 또는 마구 물건을 모은다.

(End Stage Renal Failure)

말기 신부전증이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 말기 콩팥(신장)병(제5차 한국표준질병사인분류 N18.0)에 해당하는 질병 중에서 보전 요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

(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 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope LiverScan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다.

(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. 말기 폐질환으로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병사인분류중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
인플루엔자 및 폐렴	J10 ~ J18
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성 하기도 질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 사이질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
가슴막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

3. 상기 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

(Severe Aplastic Anemia)

1. 중대한 재생불량성 빈혈이라 함은 “영구적인 재생불량성 빈혈”로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 치료를 받고 있고 현재 골수 이식이 필요하다고 인정된 질병상태를 말합니다.
2. 제1항에서 “영구적인 재생불량성 빈혈”이라 함은 만성 골수부전상태로써 호중구 수가 200/mm³미만 이거나, 또는 골수세포충실성(bone marrow cellularity)이 25%이하 이고 동시에 다음중 2가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.
 1. 호중구 수가 500/mm³미만
 2. 혈소판 수가 20,000/mm³미만
 3. 망상적혈구 수가 20,000/mm³미만
3. 단, 일시적이거나 회복이 가능한 “재생불량성 빈혈”은 보장에서 제외됩니다.

- (CJD, Creutzfeldt-Jakob Disease)

1. 중대한 크로이츠펔트-야콥병(CJD, Creutzfeldt-Jakob Disease)이란 제5차 개정 한국표준질병사인 분류 A81.0에 해당하는 질병을 말합니다.

2. 제1항의 중대한 크로이츠펔트-야콥병의 진단확정은 EEG, MRI, CSF 또는 조직검사에 근거하여 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 신경과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 내려져야 합니다.

단, 가족성 크로이츠펔트-야콥병(fCJD, Familial Creutzfeldt-Jakob Disease)은 보장에서 제외합니다.

【별표33】

교통사고처리 특례법 제3조 2항 단서

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따른 의무)의 규정에 의한 신호기 또는 교통정리를 하는 경찰공무원 등의 신호나 통행의 금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시에 위반하여 운전한 경우
2. 도로교통법 제13조(차마의통행) 제3항의 규정을 위반하여 중앙선을 침범하거나 동법 제62조(횡단등의 금지)의 규정에 위반하여 횡단·유턴 또는 후진한 경우
3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항의 규정에 의한 제한속도를 매시 20킬로미터를 초과하여 운전한 경우
4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법) 제1항, 제22조(앞지르기 금지시기 및 장소)내지 제23조의 3항(끼어들기의 금지) 또는 제60조(갓길통행금지등) 제2항의 규정에 의한 앞지르기 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지에 위반하여 운전한 경우
5. 도로교통법 제24조(철길건널목 통과)의 규정에 의한 건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항의 규정에 의한 횡단보도에서의 보행자보호 의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지) 제1항, 건설기계관리법 제19조(형식승인의 취소) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차 등의 운전)의 규정에 위반하여 운전면허 또는 건설기계 조종사 면허를 받지 아니하거나 국제 운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우, 이 경우 운전면허 또는 건설기계 조종사 면허의 효력이 정지 중에 있거나 운전의 금지 중에 있는 때에는 운전면허 또는 건설기계 조종사 면허를 받지 아니하거나 국제 운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지) 제1항의 규정에 위반하여 주취중에 운전을 하거나 동법 제45조(과로한 때 등의 운전금지)의 규정에 위반하여 약물의 영향으로 정상적인 운전을 하지 못할 염려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항의 규정에 위반하여 보도가 설치된 도로의 보도를 침범하거나, 동법 제13조(차마의 통행) 제2항의 규정에 의한 보도횡단방법에 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항의 규정에 의한 승객의 추락 방지 의무를 위반하여 운전한 경우

【별표34】

자녀 7 대 암 분류 표

약관에 규정하는 자녀7대암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병			분류번호
남 녀 공 통	뼈 및 관절연골	1. 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물 2. 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 C41
	뇌 및 중추신경계	1. 수막의 악성신생물 2. 뇌의 악성신생물 3. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C70 C71 C72
	림프 및 조혈관련 조직	1. 호지킨병 2. 여포성(결절성) 비호지킨 림프종 3. 미만성 비호지킨 림프종 4. 말초 및 T-세포 림프종 5. 기타 및 상세불명형의 비호지킨 림프종 6. 림프성 백혈병 7. 골수성 백혈병 8. 단핵구성 백혈병 9. 명시된 세포형의 기타 백혈병 10. 상세불명 세포형의 백혈병 11. 림프, 조혈 및 관련조직의 기타 상세불명의 악성신생물	C81 C82 C83 C84 C85 C91 C92 C93 C94 C95 C96
	부신	1. 부신의 악성신생물	C74
남 자	간	1. 간 및 간내 쓸개관(담관)의 악성신생물	C22
	고환	1. 고환의 악성신생물	C62
여 자	신장	1. 콩팥갈때기를 제외한 콩팥(신장)의 악성신생물	C64
	난소	1. 난소의 악성신생물	C56

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표35】

식 중 독 분 류 표

약관에 규정하는 식중독으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 이질	A03
3. 기타 세균성 창자 감염	A04
4. 달리 분류되지 않은 기타 세균성 식중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장관 질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 장관 감염	A08
8. 해산물 속의 유해물질의 중독작용	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 중독작용	T62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표36】

특정전염병 분류표

약관에 규정하는 특정전염병으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 전 염 병		분류번호
제 1군 전염병	콜레라	A00
	장티푸스	A01.0
	파라티푸스	A01.1 - A01.4
	상세불명의 이질	A03.9
	장출혈성대장균감염	A04.3
	페스트	A20
제 2군 전염병	파상풍	A33 - A35
	디프테리아	A36
	백일해	A37
	급성 회색질척수염	A80
	일본뇌염	A83.0
	홍역	B05
	풍진(독일홍역)	B06
	볼거리	B26
제 3군 전염병	탄저병	A22
	브루셀라증	A23
	렘토스피라증	A27
	성홍열	A38
	수막알균 수막염	A39.0
	기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
	리지오넬라병	A48.1 - A48.2
	발진티푸스	A75(A75.2, A75.3 제외)
	리켓치아 타이피에 의한 발진티푸스	A75.2
	리켓치아 프쁘가무시에 의한 발진티푸스	A75.3
	광견병	A82
	콩팥(신장)증후군을 동반한 출혈열	A98.5
	말라리아	B50 - B54

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표37】

자녀10대질환 분류표

약관에 규정하는 자녀10대질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분류번호
장·감염	콜레라 장티푸스 및 파라티푸스 기타 살모넬라 감염 이질 기타 세균성 창자 감염 달리 분류되지 않은 기타 세균성 식중독 아메바증 기타 원충성 창자질환 바이러스 및 기타 명시된 창자감염 감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 대장염	A00 A01 A02 A03 A04 A05 A06 A07 A08 A09
결핵 및 결핵의 후유증	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵 신경계통의 결핵 기타 장기의 결핵 좁쌀 결핵 결핵의 후유증	A15 A16 A17 A18 A19 B90
수막염	바이러스 수막염 달리 분류되지 않은 세균성 수막염 달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염 달리 분류된 기타 감염성 및 기생충성 질환에서의 수막염 기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	A87 G00 G01 G02 G03
간질	간질 간질 지속상태	G40 G41
중이염	비화농성 중이염 화농성 및 상세불명의 중이염 달리 분류된 질환에서의 중이염	H65 H66 H67
급성 상기도염 및 하기도염	급성 코인두염[감기] 급성 굴염 급성 인두염 급성 편도염 급성 후두염 및 기관염 급성 폐쇄성 후두염[크루프] 및 후두개염 다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염 급성 기관지염 급성 세기관지염 상세불명의 급성 하기도 감염	J00 J01 J02 J03 J04 J05 J06 J20 J21 J22

대 상 질 병		분류번호
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	폐렴사슬알균에 폐렴	J13
	헤모필루스 인플루엔자에 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
천식	천식	J45
	천식지속상태	J46
위,십이지장궤양 및 염증	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명부위의 소화성 궤양	K27
	위공장 궤양	K28
	위염 및 십이지장염	K29
헤르니아 및 장폐색	살(서혜) 헤르니아	K40
	넓적다리 헤르니아	K41
	배꼽 헤르니아	K42
	복벽 헤르니아	K43
	가로막 헤르니아	K44
	기타 복부 헤르니아	K45
	상세불명의 헤르니아	K46
	헤르니아가 없는 마비성 장폐색증 및 창자폐색	K56

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표38】

특정부위 분류표

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

【별표39】

뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리 내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌중풍	I64
6. 대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
7. 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표40】

심장관련질병 분류표

약관에 규정하는 심장관련질병으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성류마티스열	I00 ~ I02
2. 만성 류마티스 심장질환	I05 ~ I09
3. 허혈성 심장질환	I20 ~ I25
4. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26 ~ I28
5. 기타 형태의 심장병	I30 ~ I52

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표41】

특정부위·상해 분류표

구 분	특 정 부 위
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 비뇨 생식기