

(무)뉴플랜기업보장보험

이 보험계약에서 인용된 법령내용은 '[부록] 약관에서 인용된
법령내용'을 참고하시기 바랍니다.

[목 차]

(무)뉴플랜기업보장보험.....	4
(무)질병사망특약.....	45
(무)단체질병고도장해보장특약.....	60
(무)단체재해고도장해보장특약.....	77
(무)단체재해사망특약.....	94
(무)단체재해장해특약.....	110
(무)교보신산업재해장해특약.....	128
(무)교보신산업재해사망특약.....	152
(무)교보단체암보장특약4종.....	169
(무)암치료특약(갑상선암 제외).....	191
(무)암치료특약(갑상선암/대장점막내암 제외).....	214
(무)갑상선암치료특약.....	235
(무)대장점막내암치료특약.....	249
(무)암직접치료통원특약.....	263
(무)항암방사선약물치료특약.....	289
(무)허혈심장질환치료특약.....	308
(무)특정뇌혈관질환치료특약.....	322
(무)골절치료특약Ⅱ.....	337
(무)2대질병보장특약.....	355
(무)뇌출혈보장특약.....	371
(무)급성심근경색증보장특약.....	385
(무)단체수술특약.....	399
(무)재해치료비특약[2형].....	425
(무)단체입원특약Ⅱ.....	444
(무)기본형 실손입원의료비특약.....	459
(무)기본형 실손통원의료비특약.....	520
(무)비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비특약.....	577
(무)비급여 주사료 실손의료비특약.....	616
(무)비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비특약.....	655
단체포괄계약추가특약.....	694
보험료정산특약.....	697
피보험자 자격유지특약.....	701
[별첨] 장애분류표.....	705

[부록] 약관에서 인용된 법령 내용	738
---------------------------	-----

무배당 뉴플랜기업보장보험 약관

[목 차]

(무)뉴플랜기업보장보험 약관

제1관 목적 및 용어의 정의.....	8
제1조 (목적).....	8
제2조 (용어의 정의).....	8
 제2관 보험금의 지급.....	10
제3조 (보험금의 지급사유).....	10
제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정).....	10
제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유).....	13
제6조 (보험금 지급사유의 발생통지).....	14
제7조 (보험금 등의 청구).....	15
제8조 (보험금 등의 지급절차).....	15
제9조 (보험금 받는 방법의 변경).....	17
제10조 (주소변경통지).....	17
제11조 (보험수익자의 지정).....	18
제12조 (대표자의 지정).....	18
 제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등.....	19
제13조 (계약 전 알릴 의무).....	19
제14조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과).....	19
제15조 (사기에 의한 계약).....	20

제4관 보험계약의 성립과 유지..... 21

제16조 (보험계약의 성립).....	21
제17조 (청약의 철회).....	22
제18조 (약관교부 및 설명의무 등).....	24
제19조 (계약의 무효).....	25
제20조 (계약내용의 변경 등).....	27
제21조 (피보험자의 변경 및 추가가입).....	28
제22조 (계약자의 권리행사).....	29
제23조 (보험나이 등).....	29
제24조 (계약의 소멸).....	30

제5관 보험료의 납입..... 31

제25조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시).....	31
제26조 (제2회 이후 보험료의 납입).....	32
제27조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지).....	32
제28조 (“보험료의 납입연체로 해지된 계약”의 부활(효력회복))	33
제29조 (“강제집행 등으로 해지된 계약”의 특별부활(효력회복))	34

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등..... 35

제30조 (“계약자의 임의해지” 및 “피보험자의 서면동의 철회권”).....	35
제31조 (중대사유로 인한 해지).....	35

제32조 (회사의 파산선고와 해지).....	36
제33조 (해지환급금).....	36
제34조 (보험계약대출).....	36
제35조 (배당금의 지급).....	36

제7관 분쟁의 조정 등..... 36

제36조 (분쟁의 조정).....	37
제37조 (관할법원).....	37
제38조 (소멸시효).....	37
제39조 (약관의 해석).....	37
제40조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력).....	38
제41조 (회사의 손해배상책임).....	38
제42조 (개인정보보호).....	38
제43조 (준거법).....	39
제44조 (예금보험에 의한 지급보장).....	39

(별표 1) 보험금 지급기준표..... 40

(별표 2) 재해분류표..... 41

(별표 3) 장해분류표..... 43

(별표 4) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제8조 제2항 및 제24조 제2항 관련)..... 44

무배당 뉴플랜기업보장보험 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단계약 : 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 마. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : (별표 3) “장애분류표”에서 정한 기준에 따른 장애 상태를 말합니다.

다. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정' 제2조(공휴일)에 따른 공휴일 및 동규정 제3조(대체공휴일)에 따른 대체공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

다. 월계약해당일 : 계약일부터 한 달씩 지난 매월의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

라. 매년 계약해당일 : 계약일부터 1년씩 지난 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당년의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액

- 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$

- 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} \quad \text{1년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$

→ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

- 나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율(2.5%)을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.
 - 다. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
5. 보험료 납입 관련 용어
- 가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 보험료를 말하며, 제20조(계약내용의 변경 등)에 따라 보험료가 변경되었을 경우 최종 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 경우
: 재해사망보험금
2. 피보험자가 보험기간 중 발생한 재해로 장애분류표(별표 3 참조, 이하 "장애분류표"라 합니다)에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 경우
: 재해장애급여금

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정

에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 '사망'의 원인 및 '재해사망 보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

- ② 제1항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.
 - 1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
 - 2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 제31조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 이 계약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장

해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

- ⑦ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우에는 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑪ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 다른 재해로 장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 장애가 이미 장애급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장애급여금에서 이미 지급 받은 장애급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 그 재해 전에 이미 다음

중 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제11항에서 규정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 장애급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 장애급여금에서 이미 지급 받은 것으로 간주한 장애급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인 또는 그 이전에 발생한 장애로 장애급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애
2. 위1호 이외에 이 보험의 규정에 따라 장애급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 장애급여금이 지급되지 않았던 장애

[설명]

가입 전: 팔에 장애지급률 30%의 장애상태

가입 후: 동일한 재해로 팔에 장애지급률 50%가 가중되어 80%의 장애상태

이 경우 팔의 최종 장애상태는 장애지급률 80%이나, 가입 전 장애지급률 30%는 뺀 장애지급률 50%에 해당하는 장애급여금을 지급

- ⑬ 동일한 재해로 인한 장애지급률은 100%를 한도로 합니다.
- ⑭ 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑮ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우 특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 재해사망보험금을 지급합니다.

[자살의 경우 보험금 지급여부]

자살은 스스로 목숨을 끊는다는 것을 의식하고 이를 목적으로 의도적으로 사망의 결과를 발생시키는 것으로 “심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태”에서 사망에 이르게 된 경우와는 구분됩니다. 피보험자가 자살한 경우 재해사망보험금을 지급하지 않습니다.(다만, 이 경우 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다)

※ 책임준비금이란 장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제7조 (보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서를 포함하며, 이하 “신분증”이라 합니다)
 4. 피보험자가 아닌 계약자가 청구하는 경우에는 피보험자 또는 그 상속인의 동의서(피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에 한함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 책임준비금 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금을 지급할 때 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계

산”과 같이 계산합니다.

- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제15항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

[보험금 가지급제도]

회사가 지급기일 내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 판단되는 경우 보험수익자에게 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ⑤ 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의를 요청할 경우 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조 (보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 「사업방법서」에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 재해사망보험금 및 재해장해급여금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제10조 (주소변경 통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경 내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한 대로 계약자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조 (보험수익자의 지정)

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 제3조 (보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자의 법정상속인으로 하고, 같은 조 제2호의 경우 피보험자로 합니다.

[법정상속인]

피상속인의 사망으로 인하여 민법에서 정한 상속순위에 따라 상속을 받는 자를 말합니다.

제12조 (대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 계약자의 책임을 연대(連帶)로 합니다.

["계약자의 책임"의 예시]

‘보험금 지급사유의 발생통지’, ‘보험금의 청구’, ‘주소변경통지’, ‘제1회 보험료 및 회사의 보장개시’, ‘제2회 이후 보험료의 납입’ 등에 해당하는 조항

[연대]

어떠한 행위의 이행에 있어서, 두 사람 이상이 공동으로 책임지는 것

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제14조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가

회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요 사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제13조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제15조 (사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인체면역결핍바이러스(HIV)병의 진단 확정을 받은 후 이를

숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조 (보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

[설명]

보험가입금액 제한

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법

일부보장 제외(부담보)

표준체보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외시키는 방법

보험금 삭감

표준체보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도

가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법

보험료 할증

표준체보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 주계약 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법

※ 표준체란 신체적 또는 도덕적 위험 등 여러 가지로 보아 뚜렷한 결점이 없어서 보험가입이 거절되거나 보험료의 할증 및 보험금의 감액 등이 없는 정해진 위험의 범위 내에 있는 피보험자를 말합니다.

- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않은 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 「평균공시이율+1%」를 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며, 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제17조 (청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회

회할 수 있습니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 청약을 철회할 수 없습니다.

1. 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약
2. 청약을 한 날부터 30일을 초과한 경우

[전문보험계약자]

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

- ② 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
- ③ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 “보험계약대출이율”(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며, 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ④ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조 (약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및「전자서명법」제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인

전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 “보험계약대출이율”을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

[약관의 중요한 내용]

보험업법 시행령 제42조의2(설명의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 주계약 및 특약별로 보장하는 사망, 질병, 상해 등 주요 위험 및 보험금
- 청약의 철회에 관한 사항
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

제19조 (계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미

납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 “보험계약대출이율”을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

[심신상실자 및 심신박약자의 설명]

심신상실자 또는 심신박약자라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때

이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제20조 (계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
 - 1. 보험료의 납입방법
 - 2. 보험가입금액
 - 3. 계약자
 - 4. 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 주장하기 위해서는 계약자는 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하여야 합니다.

[설명]

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

- ③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 회사는 제1항 제3호에 따라 계약자를 변경한 경우 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조 (피보험자의 변경 및 추가가입)

- ① 계약자가 보험료를 전액 부담하는 경우(다만, 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다) 피보험자가 이 계약에서 보장하지 않는 사유로 사망하거나 피보험자가 퇴직 등으로 피보험단체(보험대상단체)에서 탈퇴하는 경우에는 계약자는 새로운 피보험자의 동의 및 회사의 승낙을 얻은 후 계약자는 피보험자를 변경할 수 있습니다. 이 경우 보험계약의 성립은 제16조(보험계약의 성립)을 준용합니다.
- ② 제1항의 경우 변경되는 피보험자는 피보험자 변경신청서(회사양식)를 접수한 때부터 피보험자의 자격을 상실하며, 회사는 서류를 접수한 때부터 새로운 피보험자에 대하여 보장을 합니다.
- ③ 단체 구성원의 입사 등의 사유로 피보험자의 변동이 있을 경우 계약자는 회사의 동의를 얻어 계약단체의 보험기간 중 피보험자를 추가할 수 있습니다. 이 경우 보험계약의 성립은 제16조(보험계약의 성립)을 준용합니다.
- ④ 회사는 제1항에서 제3항의 새로운 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우 피보험자의 변경에 대한 승낙을 거절할 수 있습니다.
- ⑤ 제1항에서 제3항의 경우 새로운 피보험자에 대한 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 합니다.
- ⑥ 제1항에 따라 피보험자를 변경할 때에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자 변경 또는 피보험자 추가의 신청 및 승낙에 있어서는 제16조(보험계약의 성립) 제2항에서 제4항, 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 제4항, 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제

15조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다.

- ⑧ 제1항의 경우 변경 후 피보험자에 대한 계약 내용 및 회사의 승낙기준 등은 변경 전 피보험자와 동일하게 적용합니다.

제22조 (계약자의 권리행사)

피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 계약은 피보험자가 제20조(계약내용의 변경 등) 제3항, 제30조(“계약자의 임의해지” 및 “피보험자의 서면동의 철회권”), 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 제1항, 제31조(중대사유로 인한 해지) 제2항, 제7조(보험금 등의 청구)의 권리를 행사할 수 있습니다.

제23조 (보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 청약서류 상 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

[보험나이 계산 예시]

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

- ④ 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 환급하여야 할 금액이 있을 때는 회사는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자는 이를 회사에 납입해야 합니다.

제24조 (계약의 소멸)

- ① 이 계약에서 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 경우에는 재해사망보험금을 지급하여 드리고, 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ② 이 계약에서 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 더이상 효력이 없습니다. 다만, 제21조(피보험자의 변경 및 추가가입)에 따라 피보험자를 변경하는 경우에는 계약이 소멸되지 않습니다. 책임준비금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제5관 보험료의 납입

제25조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

[보장개시일]

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 재해로 보험금 지급사유가 발생하는

경우에는 보장을 해드립니다.

- ④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 이 경우 회사는 초과 청약액에 대한 보험료를 돌려드립니다.

제26조 (제2회 이후 보험료의 납입)

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

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제27조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정합니다.

[납입최고(독촉)]

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않은 경우 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

- ② 제1항의 경우 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에

발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료 (특약이 부가된 경우 특약보험료 포함, 이하 “연체보험료”라 합니다)를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제1항 또는 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제28조 (“보험료의 납입연체로 해지된 계약”의 부활(효력회복))

- ① 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지된 경우 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 「평균공시이율+1%」 범위내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(보험계약의 성립) 제2항에서 제4항, 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제15조(사기에 의한 계약)를 준용합니다. 다만, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)할 때의 보험료를 의미합니다.
- ③ 제1항 또는 제2항에 따라 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우에도 계약자 또는 피보험자가 이 계약을 최초 청약할 때 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

[부활(효력회복)]

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제29조 (“강제집행 등으로 해지된 계약”의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권 실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하

여야 합니다.

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

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제30조 (“계약자의 임의해지” 및 “피보험자의 서면동의 철회권”)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있습니다.

제31조 (중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않

습니다.

[설명]

입원을 보장하는 보험상품에 가입한 피보험자가 10일간 입원 하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 입원일수 10일을 기준으로 계산한 보험금을 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하여 드립니다.

제32조 (회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

제33조 (해지환급금)

이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 없습니다.

제34조 (보험계약대출)

이 계약에서는 보험계약대출을 운용하지 않습니다.

제35조 (배당금의 지급)

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제36조 (분쟁의 조정)

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

제37조 (관할법원)

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

제38조 (소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권 및 책임준비금 청구권은 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효]

제3조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 2015년 1월 1일에 발생하였음에도 2017년 12월 31일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못합니다.

제39조 (약관의 해석)

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

제40조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료 (계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제41조 (회사의 손해배상책임)

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

[현저하게 공정을 잃은 합의]

사회통념상 일반 보통인이라면 결코(실수로도) 그 같은 일을 하지 않을 정도로 타당성을 잃은 것을 말합니다.

회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제42조 (개인정보보호)

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하

고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제43조 (준거법)

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

제44조 (예금보험에 의한 지급보장)

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

(1구좌 : 보험가입금액 500만원 기준)

금부명칭	지급사유	지급금액
재해사망보험금 (제3조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 경우	1,000 만원
재해장해급여금 (제3조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 발생한 재해로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해 당하는 장해상태가 되었을 경우	100만원 × 해당 장해지급률

(주) 이 계약에서 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 더이상 효력이 없습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ “우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. () 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호,

2016.1.1시행)상의 분류부호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제8차 개정 이후 약관에서 보장하는 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
- 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제24조 제2항 관련)**

구분	기간	지급이자
재해사망보험금, 재해장해급여금 (제3조) 및 책임준비금 (제24조 제2항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제 38 조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제 8 조(보험금 등의 지급절차) 제 3 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 질병사망특약 약 관

이 특약의 약관은 무배당 질병사망특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 질병사망특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : (별표 1) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (보험금의 지급사유)

회사는 보험기간 중 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 특약 보험가입금액을 지급합니다.

제4조 (보험금의 지급에 관한 세부규정)

- ① 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유)의 '사망'의 원인 및 '보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 제1항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.
 1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
 2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 질병사망보험금을 지급합니다
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제7조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서 등)
 3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규

정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 2) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산” 과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제9조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 선택하여 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 - 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지

않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항의 경우에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않는 경우에는 제10조(피보험자의 범위) 제1항 제2호 및 제3호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제10조(피보험자의 범위) 제2항에 따라 이 특약의 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제2항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

제10조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
 1. 주계약의 피보험자(다만, 주계약이 2명 보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다)
 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 "배우자"라고 합니다), 직계비속의 배우자, 배우자의 직계존속
 3. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 직계비속, 직계존속, 형제, 자매
- ② 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에는 그 날부터 피보험자의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 6개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제11조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연 단위 복리로 계

산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다) 동의를 얻지 않은 경우

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

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

[심신상실자 및 심신박약자의 설명]

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

제12조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제13조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제14조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제15조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도

해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않는 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

- ② 이 특약의 보험료를 납입하지 않은 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제16조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따

라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주 계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제5관 특약의 해지 및 해지환급금

제17조 (계약자의 임의해지 및 “피보험자의 서면동의 철회권”)

- ① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제11조(특약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제18조 (해지환급금)

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제19조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관 의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의

위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물
(W44)” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애

- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는
질병

(주)

1. () 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)상의 분류부호며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생한 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
- 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

(별표 2)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제8조 제2항 관련)

구분	적립기간	지급이자
질병 사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시
효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기
간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하
는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 단체질병고도장해보장특약

약 관

이 특약의 약관은 무배당 단체질병고도장해보장특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 단체질병고도장해보장특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 피보험자

보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해

(별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장애

(별표 3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해지환급금

특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을

말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간

특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 장해분류표(별표3 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다) 중 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 질병고도장해보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 질병의 진단확정일부터 1년

이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

- ③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 결정합니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우에는 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑧ 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

- ⑨ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서

또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 드립니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표4)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제8조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된

경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하거나 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병고도장해보험금의 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항의 경우에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제9조(피보험자의 범위) 제1항 제2호 및 제3호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제9조(피보험자의 범위) 제2항에 따라 이 특약의 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한

것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월 일을 기준으로 합니다.

제9조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
 - 1. 주계약의 피보험자 (다만, 주계약이 2명보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다)
 - 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 "배우자"라고 합니다), 직계비속의 배우자, 배우자의 직계존속
 - 3. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 직계비속, 직계존속, 형제, 자매
- ② 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에는 그 날부터 피보험자의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 6개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제10조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때

이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제11조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제12조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제13조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제14조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제15조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제16조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할

수 있습니다. 그러나, 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.

- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제17조 (해지환급금)

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제18조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 500만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병고도 장해보험금 (제3조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 장애분류표 중 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부 위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애 상태가 되었을 경우(다만, 최초1회에 한함)	1,000만원

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ “우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. () 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)상의 분류부호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생한 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
 - 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.
3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

(별표 3)

장애분류표

(별첨 “장애분류표” 참조)

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 관련)

구분	기 간	지 급 이 자
질병고도장해 보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이 내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가 산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가 산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가 산이율(8.0%)

- (주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성
된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기
간에 대한 이자는 지급하지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하
는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다

무배당 단체재해고도장해보장특약

약 관

이 특약의 약관은 무배당 단체재해고도장해보장특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 단체재해고도장해보장특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 피보험자

보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해

(별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장애

(별표 3) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해지환급금

특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을

말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간

특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 장해분류표(별표3 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 재해고도장해보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을

결정합니다.

- ③ 제3조(보험금의 지급사유)의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑨ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라

장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

- ⑩ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기

관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 드립니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표4)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제8조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하거나 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 재해고도장해보험금의 지급사유가 발생한 경우
 - ③ 제2항의 경우에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제9조(피보험자의 범위) 제1항 제2호 및 제3호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.
 - ④ 제9조(피보험자의 범위) 제2항에 따라 이 특약의 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
 - ⑤ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
 1. 주계약의 피보험자 (다만, 주계약이 2명보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자로 합니다)
 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 "배우자"라고 합니다), 직계비속의 배우자, 배우자의 직계존속
 3. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 직계비속, 직계존속, 형제, 자매
- ② 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에는 그 날부터 피보험자의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 6개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제10조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제11조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제12조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제13조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제14조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제15조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제16조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나, 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제17조 (해지환급금)

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제18조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 500만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
재해고도 장해보험금 (제3조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률 을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 경 우(다만, 최초1회에 한함)	1,000만원

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ “우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. () 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)상의 분류부호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
 - 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.
3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 관련)

구분	기 간	지 급 이 자
재해고도 장해보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이 내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가 산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가 산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가 산이율(8.0%)

- (주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성
된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기
간에 대한 이자는 지급하지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하
는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다

무배당 단체재해사망특약 약관

이 특약의 약관은 무배당 단체재해사망특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 단체재해사망특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

나. 주피보험자 : 피보험자 2 명을 보장하는 보험계약에서 보험사고의 주된 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해 : (별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 재해사망보험금[(별표1) "보험금지급기준표"참조]을 지급합니다.
- ② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항의 '사망'의 원인 및 '재해사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 제2항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.
 1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
 2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할

수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하며, 특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 재해사망보험금을 지급합니다.

【자살의 경우 보험금 지급여부】

자살은 스스로 목숨을 끊는다는 것을 의식하고 이를 목적으로 의도적으로 사망의 결과를 발생시키는 것으로 “심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태”에서 사망에 이르게 된 경우와는 구분됩니다. 피보험자가 자살한 경우 사망보험금을 지급하지 않습니다.(다만, 이 경우 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다)

※ 책임준비금이란 장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제5조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서

또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 책임준비금 수령에 필요하여 제출하는 서류

- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에 서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조 (보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제5조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표3 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제7조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우
- ③ 제3조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 경우에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제8조(피보험자의 범위) 제1항 제2호 및 제3호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.
- ⑤ 제8조(피보험자의 범위) 제2항에 따라 이 특약의 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않

습니다.

- ⑥ 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 경우에는 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다. 책임준비금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표3 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제8조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
 - 1. 주계약의 피보험자 (다만, 주계약이 2명보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자로 하며, 이하 같습니다)
 - 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 "배우자"라고 합니다), 직계비속의 배우자, 배우자의 직계존속
 - 3. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 직계비속, 직계존속, 형제, 자매
- ② 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에는 그 날부터 피보험자의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 6개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제9조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)동의를 얻지 않은 경우
다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 특약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다.
이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 특약의 경우. 다만, 심신박약자가 특약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 특약이 유효합니다.

【심신상실자 및 심신박약자의 설명】

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

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

제10조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제11조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제12조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제13조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제14조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제13조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제15조 (“계약자의 임의해지” 및 “피보험자의 서면동의 철회권”)

- ① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나, 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제16조 (해지환급금)

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제17조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

(1구좌 : 보험가입금액 500만원 기준)

급여명	지급사유	지급액
재해 사망보험금 (제3조)	보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 경우	1,000만원

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ “우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. () 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)상의 분류부호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인

분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
- 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

(별표3)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제6조 제2항 및 제7조 제6항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
재해 사망보험금 (제3조) 책임준비금 (제7조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시
효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기
간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하
는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 단체재해장해특약 약관

이 특약의 약관은 무배당 단체재해장해특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 단체재해장해특약

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
 - 나. 주피보험자 : 피보험자 2 명을 보장하는 보험계약에서 보험사고의 주된 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : (별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장해 : (별표 3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해 상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (보험금의 지급사유)

회사는 특약의 보험기간 중 피보험자가 재해로 장해분류표(별표3 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다)에서 정한 장해지급률이 3% 이상 100%이하인 장해상태가 되었을 경우 보험수익자에게 약정한 재해장해급여금[(별표1) "보험금지급기준표"참조]을 지급합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평

가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

- ④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 결정합니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제3조(보험금의 지급사유)에서 다른 재해에 따른 장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 장애가 이미 장애급여금을 지급 받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장애급여금에서 이미 지급받은 장애급여금을 차감한 금액을 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유)에서 그 재해 전에 이미 다음 한 가지의 경우에 해당하는 장애가 있었던 피보험자에게 그 신체 동일 부위에 또다시 제7항에서 규정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 장애급여금이 지급된 것으로 보고 최종상태에 해당하는 장애

급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 장해급여금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 따르거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 위 1호 이외에 이 특약에서 규정한 장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 장해급여금이 지급되지 않았던 장해

【설명】

가입 전 : 팔에 장해지급률 30%의 장해상태

가입 후 : 동일한 재해로 팔에 장해지급률 50%가 가중되어 80%의 장해상태

이 경우 팔의 최종 장해상태는 장해지급률 80%이나, 가입 전 장해지급률 30%를 뺀 장해지급률 50%에 해당하는 장해급여금을 지급

- ⑨ 동일한 재해에 따른 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
- ⑩ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.
- ⑪ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑬ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께

제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 (보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서 (장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 책임준비금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조 (보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제6조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표4) "보험금을 지급할 때의 적립이율계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제8조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 - 1. 주계약이 해지, 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지

않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우

- ③ 제2항의 경우에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제9조(피보험자의 범위) 제1항 제2호 및 제3호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제9조(피보험자의 범위) 제2항에 따라 이 특약의 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다. 책임준비금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표4) “보험금을 지급할 때의 적립이율계산”과 같이 계산합니다.

【책임준비금】

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

- ⑥ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
 1. 주계약의 피보험자 (다만, 주계약이 2명보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자로 하며, 이하 같습니다)
 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 "배우자"라고 합니다), 직계비속의 배우자, 배우자의 직계존속
 3. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 직계비속, 직계존속, 형제, 자매
- ② 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에는 그 날부터 피보험자의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 6개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특

약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제10조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제11조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제12조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제13조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제14조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제15조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약[다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함]이 소멸된 경우로서 제14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제16조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나, 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제17조 (해지환급금)

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제18조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

금부명칭	지급사유	지급금액
재해장해 급여금 (제3조)	보험기간중 피보험자가 재해로 장해 분류표에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 100%이하에 해당하는 장해상 태가 되었을 경우	특약가입금액 × 해당장해지급률

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ “우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. () 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)상의 분류부호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생한 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고

있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인
분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류
상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용
하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재
해로 판단합니다.
 - 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류
상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는
한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재
해로 판단하지 않습니다.
3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법
률을 적용합니다.

(별표 3)

장애분류표

(별첨 “장애분류표” 참조)

(별표4)

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 및 제8조 제5항 관련)**

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
재해장해급여금 (제3조) 책임준비금 (제8조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시
효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기
간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하
는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

**무배당 교보신산업재해장해특약
약관**

이 특약의 약관은 무배당 교보신산업재해장해특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 교보신산업재해장해특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
 - 나. 주피보험자 : 피보험자 2 명을 보장하는 보험계약에서 보험사고의 주된 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : (별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장해 : (별표 1) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 산업재해보상보험법에 규정된 업무상의 재해(이하 “업무상의 재해”라 합니다)로 장해등급분류표(별표3 참조) 중 제1급에서 제14급의 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 다음과 같이 산재장해급여금을 지급합니다.

장해등급	지 급 액
1급	특약보험가입금액의 100%
2급	특약보험가입금액의 90%
3급	특약보험가입금액의 80%
4급	특약보험가입금액의 70%
5급	특약보험가입금액의 60%
6급	특약보험가입금액의 50%
7급	특약보험가입금액의 45%
8급	특약보험가입금액의 40%
9급	특약보험가입금액의 35%
10급	특약보험가입금액의 30%
11급	특약보험가입금액의 25%
12급	특약보험가입금액의 20%
13급	특약보험가입금액의 15%
14급	특약보험가입금액의 10%

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되거나 장해분류표(별표1 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 장해지급률이 50%이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약

의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ② 제3조(보험금의 지급사유)에서 장해상태의 등급이 업무상의 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 업무상의 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해상태의 등급으로 결정합니다.
- ③ 제2항에 따라 장해상태의 등급이 결정되었으나 그 이후 보장 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간 이 10년 이상인 특약은 업무상의 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 업무상의 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해등급을 결정합니다.
- ④ 피보험자가 동일한 업무상의 재해를 직접적인 원인으로 하여 두 종목 이상의 장해를 입었을 경우에는 근로복지공단에서 최종 결정한 장해등급에 따라 지급합니다.
- ⑤ 제4항에서 규정한 산재장해급여금의 지급사유가 다른 업무상의 재해를 직접적인 원인으로 하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 산재장해급여금을 드립니다. 그러나 그 장해가 이미 산재장해급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생한 장해에 해당하는 산재장해급여금에서 이미 지급한 산재장해급여금을 뺀 금액을 드립니다.
- ⑥ 제4항에 있어서 그 업무상의 재해 전에 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제5항에서 규정한 장해의 상태가 발생되었을 때에는 다음의 장해에 대하여는 이미 산재장해급여금이 지급된 것으로 보고 제5항 후단의 규정을 적용합니다.
 - 1. 이 특약의 보장개시전의 원인 또는 그 이전에 발생한 장해로 산재장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해
 - 2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 따라 산재장해급여금의 지

급사유가 되지 않았던 장애 또는 산재장애급여금이 지급되지 않았던 장애

- ⑦ 제1항의 경우 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표(별표1 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑨ 제1항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.
- ⑩ 제1항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표1 참조)상 두가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑪ 제1항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑫ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표1 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표1 참

조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표 1 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑭ 제1항의 경우 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우에는 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑮ 장애분류표(별표1 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표1 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑯ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑱ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 산재장애의 판정기준이 산업재해보상보험법 및 관련 법령의 개정에 따라 변경된 경우에는 산재장애의 판정시점의 기준을 적용합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나

보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제7조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)

2. 사고증명서(산업재해장해진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규

정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제9조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 되거나 퇴직 등의 사유가 발생하여 개별계약으로 전환하는 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감

되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

- ③ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제15조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제10조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다. 다만, 이 특약을 2명보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자는 주계약의 계약자 또는 주피보험자 [주계약의 계약자와 주피보험자가 상이할 경우에는 주피보험자]로 합니다.

제11조(특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터

회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제12조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제17조(해지환급금) 제1항에 따라 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 감소할 수 있습니다.
- ③ 피보험자가 퇴직, 기타의 사유에 따라 피보험단체(보험대상단체)로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴 연월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제4관 보험료의 납입

제13조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를

납입해야 합니다.

- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제14조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지 된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제17조 (해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제15조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

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

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제16조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 피보험자의 동의를 얻어 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제17조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제17조 (해지환급금)

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 4) (“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제18조 (배당금의 지급)

이 특약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제19조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

장애분류표

(별첨 “장애분류표” 참조)

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ “우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. () 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)상의 분류부호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로
는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표
준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
- 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로
는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질
병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지
않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률
을 적용합니다.

(별표 3)

장애등급분류표

등급	신 체 장 해
제1급	1. 두 눈이 실명된 사람 2. 말하는 기능과 씹는 기능을 모두 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 항상 간병을 받아야 하는 사람 4. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 항상 간병을 받아야 하는 사람 5. 두 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람 6. 두 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 7. 두 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람 8. 두 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람 9. 진폐의 병형이 제1형 이상이면서 동시에 심폐기능에 고도장애가 남은 사람
제2급	1. 한쪽 눈이 실명되고 다른 쪽 눈의 시력이 0.02 이하로 된 사람 2. 두 눈의 시력이 각각 0.02 이하로 된 사람 3. 두 팔을 손목관절 이상의 부위에서 잃은 사람 4. 두 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람 5. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 수시로 간병을 받아야 하는 사람 6. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 수시로 간병을 받아야 하는 사람
제3급	1. 한쪽 눈이 실명되고 다른 쪽 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 평생 동안 노무에 종사할 수 없는 사람 4. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 평생 동안 노무에 종사할 수 없는 사람 5. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람 6. 진폐증의 병형이 제1형 이상이면서 동시에 심폐기능에 중등도 장애가 남은 사람

등급	신 체 장 해
제4급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 두 눈의 시력이 각각 0.06 이하로 된 사람 2. 말하는 기능과 씹는 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 3. 고막 전부의 결손이나 그 외의 원인으로 두 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 4. 한쪽 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람 5. 한쪽 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람 6. 두 손의 손가락을 모두 제대로 못 쓰게 된 사람 7. 두 발을 리스프랑관절 이상의 부위에서 잃은 사람
제5급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한쪽 눈이 실명되고 다른 쪽 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람 2. 한쪽 팔을 손목관절 이상의 부위에서 잃은 사람 3. 한쪽 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람 4. 한쪽 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 5. 한쪽 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람 6. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 7. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 쉬운 일 외에는 할 수 없는 사람 8. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 쉬운 일 외에는 할 수 없는 사람 9. 진폐증의 병형이 제4형이면서 동시에 심폐기능에 경도장애가 남은 사람
제6급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 두 눈의 시력이 각각 0.1 이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 씹는 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 3. 고막 대부분의 결손이나 그 외의 원인으로 두 귀의 청력이 모두 귀에 대고 말하지 아니하면 큰 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 4. 한쪽 귀가 전혀 들리지 않게 되고 다른 쪽 귀의 청력이 40센티미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 5. 척추에 극도의 기능장애나 고도의 기능장애가 남고 동시에 극도의 척추 신경근장애가 남은 사람 6. 한쪽 팔의 3대 관절 중 2개 관절을 제대로 못 쓰게 된 사람 7. 한쪽 다리의 3대 관절 중 2개 관절을 제대로 못 쓰게 된 사람 8. 한쪽 손의 5개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째 손가락을 포함하여 4개의 손가락을 잃은 사람

등급	신 체 장 해
제7급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한쪽 눈이 실명되고 다른 쪽 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 2. 두 귀의 청력이 모두 40센티미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 3. 한쪽 귀가 전혀 들리지 않게 되고 다른 쪽 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 4. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장애가 남아 쉬운 일 외에는 하지 못하는 사람 5. 흉복부 장기의 기능에 장애가 남아 쉬운 일 외에는 하지 못하는 사람 6. 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락이나 둘째 손가락을 포함하여 3개 이상의 손가락을 잃은 사람 7. 한쪽 손의 5개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째 손가락을 포함하여 4개의 손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 8. 한쪽 발을 리스프랑관절 이상의 부위에서 잃은 사람 9. 한쪽 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람 10. 한쪽 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람 11. 두 발의 발가락을 모두 제대로 못 쓰게 된 사람 12. 외모에 극도의 흉터가 남은 사람 13. 양쪽의 고환을 잃은 사람 14. 척주에 극도의 기능장애나 고도의 기능장애가 남고 동시에 고도의 척추 신경근장애가 남은 사람 또는 척주에 중등도의 기능장애나 극도의 변형 장애가 남고 동시에 극도의 척추 신경근 장애가 남은 사람 15. 진폐증의 병형이 제1형·제2형 또는 제3형이면서 동시에 심폐기능에 경도 장애가 남은 사람
제8급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한쪽 눈이 실명되거나 한쪽 눈의 시력이 0.02 이하로 된 사람 2. 척주에 극도의 기능장애가 남은 사람, 척주에 고도의 기능장애가 남고 동시에 중등도의 척추신경근 장애가 남은 사람, 척주에 중등도의 기능장애나 극도의 변형장애가 남고 동시에 고도의 척추 신경근장애가 남은 사람 또는 척주에 경미한 기능장애나 중등도의 변형장애가 남고 동시에 극도의 척추 신경근장애가 남은 사람 3. 한쪽 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 4. 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째 손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 또는 엄지손가락이나 둘째 손가락을 포함하여 3개 이상의 손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 5. 한쪽 다리가 5센티미터 이상 짧아진 사람 6. 한쪽 팔의 3대 관절 중 1개 관절을 제대로 못 쓰게 된 사람 7. 한쪽 다리의 3대 관절 중 1개 관절을 제대로 못 쓰게 된 사람 8. 한쪽 팔에 가관절이 남은 사람 9. 한쪽 다리에 가관절이 남은 사람 10. 한쪽 발의 5개의 발가락을 모두 잃은 사람 11. 비장 또는 한쪽의 신장을 잃은 사람

등급	신 체 장 해
제9급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 두 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 2. 한쪽 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 3. 두 눈에 모두 반맹증 또는 시야협착이 남은 사람 4. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 5. 코에 고도의 결손이 남은 사람 6. 말하는 기능과 씹는 기능에 장애가 남은 사람 7. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서는 큰 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 8. 한쪽 귀의 청력이 귀에 대고 말하지 아니하면 큰 말소리를 알아듣지 못하고 다른 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 9. 한쪽 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 10. 한쪽 손의 엄지손가락을 잃은 사람 또는 둘째 손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째 손가락 외의 3개의 손가락을 잃은 사람 11. 한쪽 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 12. 한쪽 발의 엄지발가락을 포함하여 2개 이상의 발가락을 잃은 사람 13. 한쪽 발의 발가락을 모두 제대로 못 쓰게 된 사람 14. 생식기에 뚜렷한 장애가 남은 사람 15. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 사람 16. 흉복부 장기의 기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 사람 17. 척주에 고도의 기능장애가 남은 사람, 척주에 중등도의 기능장애나 극도의 변형장애가 남고 동시에 중등도의 척추 신경근장애가 남은 사람, 척주에 경미한 기능장애나 중등도의 변형장애가 남고 동시에 고도의 척추 신경근장애가 남은 사람 또는 척주에 극도의 척추 신경근장애가 남은 사람 18. 외모에 고도의 흉터가 남은 사람 19. 진폐증의 병형이 제3형 또는 제4형이면서 동시에 심폐기능에 경미한 장애가 남은 사람

등급	신 체 장 해
제10급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한쪽 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람 2. 한쪽 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 3. 코에 중등도의 결손이 남은 사람 4. 말하는 기능 또는 씹는 기능에 장애가 남은 사람 5. 14개 이상의 치아에 치과 보철을 한 사람 6. 한 귀의 청력이 귀에 대고 말하지 않으면 큰 말소리를 알아듣지 못 하게 된 사람 7. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 8. 척주에 중등도의 기능장애가 남은 사람, 척주에 극도의 변형장애가 남은 사람, 척주에 경미한 기능장애나 중등도의 변형장애가 남고 동시에 중등도의 척추 신경근장애가 남은 사람 또는 척주에 고도의 척추 신경근장애가 남은 사람 9. 한쪽 손의 둘째 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째 손가락 외의 2개의 손가락을 잃은 사람 10. 한쪽 손의 엄지손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 또는 둘째 손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째 손가락외의 3개의 손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 11. 한쪽 다리가 3센티미터 이상 짧아진 사람 12. 한쪽 발의 엄지발가락 또는 그 외의 4개의 발가락을 잃은 사람 13. 한쪽 팔의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 14. 한쪽 다리의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람
제11급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 두 눈이 모두 안구의 조절기능에 뚜렷한 장애가 남거나 또는 뚜렷한 운동 기능 장애가 남은 사람 2. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람 3. 두 눈의 눈꺼풀의 일부가 결손된 사람 4. 한쪽 귀의 청력이 40센티미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 5. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 6. 두 귀의 귓바퀴에 고도의 결손이 남은 사람 7. 척주에 경도의 기능장애가 남은 사람, 척주에 고도의 변형장애가 남은 사람, 척주에 경미한 기능장애나 중등도의 변형장애가 남고 동시에 경도의 척추 신경근장애가 남은 사람 또는 척주에 중등도의 척추 신경근장애가 남은 사람 8. 한쪽 손의 가운데손가락 또는 넷째 손가락을 잃은 사람 9. 한쪽 손의 둘째 손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째 손가락 외의 2개의 손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 10. 한쪽 발의 엄지발가락을 포함하여 2개 이상의 발가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 11. 흉복부 장기의 기능에 장애가 남은 사람

등급	신 체 장 해
	12. 10개 이상의 치아에 치과 보철을 한 사람 13. 외모에 중등도의 흉터가 남은 사람 14. 두 팔의 노출된 면에 극도의 흉터가 남은 사람 15. 두 다리의 노출된 면에 극도의 흉터가 남은 사람 16. 진폐증의 병형이 제1형 또는 제2형이면서 동시에 심폐기능에 경미한 장애가 남은 사람, 진폐증의 병형이 제2형·제3형 또는 제4형인 사람
제12급	1. 한쪽 눈의 안구의 조절기능에 뚜렷한 장애가 남거나 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람 2. 한쪽 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람 3. 한쪽 눈의 눈꺼풀의 일부가 결손된 사람 4. 7개 이상의 치아에 치과 보철을 한 사람 5. 한쪽 귀의 귓바퀴에 고도의 결손이 남은 사람 또는 두 귀의 귓바퀴에 중등도의 결손이 남은 사람 6. 코에 경도의 결손이 남은 사람 7. 코로 숨쉬기가 곤란하게 된 사람 또는 냄새를 맡지 못하게 된 사람 8. 쇄골, 흉골, 늑골, 견갑골 또는 골반골에 뚜렷한 변형이 남은 사람 9. 한쪽 팔의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 장애가 남은 사람 10. 한쪽 다리의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 장애가 남은 사람 11. 장관골에 변형이 남은 사람 12. 한쪽 손의 가운데손가락 또는 넷째 손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 13. 한쪽 발의 둘째 발가락을 잃은 사람 또는 둘째 발가락을 포함하여 2개의 발가락을 잃은 사람 또는 가운데발가락 이하의 3개의 발가락을 잃은 사람 14. 한쪽 발의 엄지발가락 또는 그 외에 4개의 발가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 15. 국부에 심한 신경증상이 남은 사람 16. 척주에 경미한 기능장애가 남은 사람, 척주에 중등도의 변형장애가 남은 사람 또는 척주에 경도의 척추 신경근장애가 남은 사람 17. 두 팔의 노출된 면에 고도의 흉터가 남은 사람 18. 두 다리의 노출된 면에 고도의 흉터가 남은 사람

등급	신 체 장 해
제13급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한쪽 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 2. 한쪽 눈에 반맹증 또는 시야협착이 남은 사람 3. 한쪽 귀의 귓바퀴에 중등도의 결손이 남은 사람 또는 두 귀의 귓바퀴에 경도의 결손이 남은 사람 4. 5개 이상의 치아에 치과 보철을 한 사람 5. 한쪽 손의 새끼손가락을 잃은 사람 6. 한쪽 손의 엄지손가락 뼈의 일부를 잃은 사람 7. 한쪽 손의 둘째 손가락 뼈의 일부를 잃은 사람 8. 한쪽 손의 둘째 손가락 끝관절을 굽혔다 폈다 할 수 없게 된 사람 9. 한쪽 다리가 다른 쪽 다리보다 1센티미터 이상 짧아진 사람 10. 한쪽 발의 가운데발가락 이하의 1개 또는 2개의 발가락을 잃은 사람 11. 한쪽 발의 둘째 발가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 또는 둘째 발가락을 포함하여 2개의 발가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 또는 가운데발가락 이하의 3개의 발가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 12. 척주에 경도의 변형장해가 남은 사람 또는 척주의 수상 부위에 기질적 변화가 남은 사람 13. 외모에 경도의 흉터가 남은 사람 14. 두 팔의 노출된 면에 중등도의 흉터가 남은 사람 15. 두 다리의 노출된 면에 중등도의 흉터가 남은 사람 16. 진폐증의 병형이 제1형인 사람
제14급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한쪽 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 2. 한쪽 귀의 귓바퀴에 경도의 결손이 남은 사람 3. 3개 이상의 치아에 치과 보철을 한 사람 4. 두 팔의 노출된 면에 경도의 흉터가 남은 사람 5. 두 다리의 노출된 면에 경도의 흉터가 남은 사람 6. 한쪽 손의 새끼손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 7. 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째 손가락 외의 손가락 뼈의 일부를 잃은 사람 8. 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째 손가락 외의 손가락 끝관절을 굽혔다 폈다 할 수 없게 된 사람 9. 한쪽 발의 가운데발가락 이하의 1개 또는 2개의 발가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 10. 국부에 신경증상이 남은 사람 11. 척주에 경미한 변형장해가 남은 사람 또는 척추의 수상 부위에 비기질적 변화가 남은 사람

〈참고〉

1. 시력의 측정은 국제식시력표에 의하며, 굴절 이상이 있는 사람에 대하여는 원칙적으로 교정시력을 측정한다.

2. 손가락을 잃은 것이란 엄지손가락에 있어서는 지관절, 기타의 손가락에 있어서는 제1지관절 이상을 잃은 경우를 말한다.
3. 손가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 손가락의 말단의 2분의 1이상을 잃거나 중수지절관절 또는 제1지관절(엄지손가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동기능장애가 남은 경우를 말한다.
4. 발가락을 잃은 것이란 발가락의 전부를 잃은 경우를 말한다.
5. 발가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 엄지발가락에 있어서는 말절의 2분의 1 이상을 기타의 발가락에 있어서는 말관절이상을 잃은 경우 또는 중족지절관절 또는 제1지관절(엄지발가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동기능장애가 남은 경우를 말한다.
6. 산재장애의 판정기준이 산업재해보상보험법 및 관련 법령의 개정에 따라 변경된 경우에는 산재장애의 판정시점의 기준을 적용합니다.

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제17조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
산재장해급여금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제17조제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내:평균공시이율의 50% 1년초과기간:1%
	청구일의 다음 날부터 지급일 까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시
효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기
간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하
는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

**무배당 교보신산업재해사망특약
약관**

이 특약의 약관은 무배당 교보신산업재해사망특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 교보신산업재해사망특약약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
 - 나. 주피보험자 : 피보험자 2 명을 보장하는 보험계약에서 보험사고의 주된 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : (별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장해 : (별표 1) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 산업재해보상보험법에 규정된 업무상의 재해(이하 “업무상의 재해”라 합니다)로 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 전액을 산재 사망보험금으로 지급합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되거나 장해분류표(별표1 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 장해지급률이 50%이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유)의 ‘사망’의 원인 및 ‘산재사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 제2항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.
 1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
 2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ④ 특약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 업무상의 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 보험기간이 10년 이상

인 특약은 업무상의 재해일부터 2년 이내, 보험기간이 10년 미만인 특약은 업무상의 재해일부터 1년 이내에 그 업무상의 재해로 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 회사가 보장을 합니다.

- ⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(별표1 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑦ 제1항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.
- ⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표1 참조)상 두가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ⑩ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표1 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한

경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표1 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표1 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑬ 장해분류표(별표1 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표1 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑭ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거

나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하며, 특히 그 결과 업무상의 재해로 사망에 이르게 된 경우에는 산재사망보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제7조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(산업재해사망진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조 (보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 3) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제9조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 - 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 되거나 퇴직 등의 사유가 발생하여 개별계약으로 전환하는 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을

받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

- ③ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제15조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제10조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다. 다만, 이 특약을 2명 보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자는 주계약의 계약자 또는 주피보험자(주계약의 계약자와 주피보험자가 상이할 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제11조(특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계

산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 특약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 특약의 경우. 다만, 심신박약자가 특약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 특약이 유효합니다.

[심신상실자 및 심신박약자의 설명]

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

3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제12조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어

주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.
이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제17조(해지환급금) 제1항에 따라 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 감소할 수 있습니다.
- ③ 피보험자가 퇴직, 기타의 사유에 따라 피보험단체(보험대상단체)로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴 연월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제4관 보험료의 납입

제13조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제14조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제17조 (해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제15조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

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

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제16조 (“계약자의 임의해지” 및 “피보험자의 서면동의 철회권”)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 피보험자의 동의를 얻어

언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제17조(해지환급금) 제1항에 따라 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제11조(특약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제17조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제17조 (해지환급금)

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 3) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제18조 (배당금의 지급)

이 특약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제19조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ “우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. () 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)상의 분류부호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로
는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표
준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
- 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로
는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질
병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지
않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률
을 적용합니다.

(별표 3)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제17조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
산재사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제17조제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날 부터 청구일까지의 기간	1년이내:평균공시이 율의 50% 1년초과기간:1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까 지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시
효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기
간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하
는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

**무배당 교보단체암보장특약 4종
약 관**

이 특약의 약관은 무배당 교보단체암보장특약 4종을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 교보단체암보장특약 4종 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
가. 재해 : (별표 3) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
가. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 대장점막내암 및 갑상선암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류부호 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류부호 C73[갑상선의 악성 신생물(암)], 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류부호 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류부호 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 제2항 및 제3항의 경우 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.
- ⑤ 제2항 및 제3항에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

【한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시】

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단 시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

- ⑥ 암, 기타피부암 및 갑상선암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

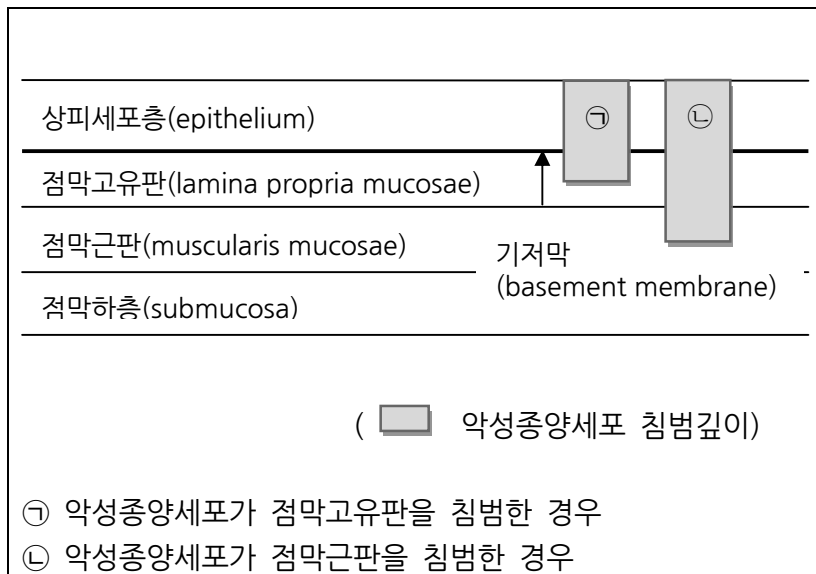
【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “대장암 중 대장점막내암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다. (이하 “대장점막내암”이라 합니다)

[대장점막내암 예시]



【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ② 제1항의 경우 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.
- ③ 제1항에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

【한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시】

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

- ④ 대장점막내암의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가

진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암, 기타피부암, 대장점막내암 또는 갑상선암을 직접적인 원인으로 하여 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 암사망보험금 [(별표 1) "보험금지급기준표" 참조]을 지급합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제5조(보험금의 지급사유)의 '사망'의 원인 및 '암사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 제2항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.
 1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험

자가 실제 사망한 때로 합니다.

2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제8조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(암, 기타피부암, 대장점막내암 또는 갑상선암 사망진단서)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기

관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후 매월 계약해당일에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

다.

③ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우

3. 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

④ 제3항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제3항의 규정에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제12조(피보험

자의 범위) 제1항 제2호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

제12조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에서 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
 - 1. 주계약의 피보험자(다만, 주계약이 2명보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자로 하며, 이하 같습니다)
 - 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 "배우자"라고 합니다), 직계 비속 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매
- ② 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 주계약 피보험자의 사망에 따른 경우는 제외합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 자녀인 경우에는 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀 자격을 상실한 경우에도 계약자의 해지 청구가 없을 때에는 이 특약의 효력은 계속됩니다.
- ④ 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각

의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 서면동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 특약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 특약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

[심신상실자 및 심신박약자의 설명]

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

3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었

거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제14조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과

동일합니다.

- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 주계약 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자, 직계비속 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매에 있어서는 계약일의 다음 날 이후에 제12조(피보험자의 범위) 제1항의 규정에 따라 피보험자로 된 날을 해당 피보험자의 보장개시일로 합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제17조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제18조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(단, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항 및 제3항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제19조 (“계약자의 임의해지” 및 “피보험자의 서면동의 철회권”)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지

할 수 있습니다. 그러나, 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.

- ② 제13조(특약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제20조 (해지환급금)

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제21조 (주계약 약관 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

기준 : 보험가입금액 1,000 만원

급부명칭	지급사유	지급내용
암사망 보험금 (제5조)	특약의 보험기간 중 피보험자가 암, 기타피부암, 대장점막내암 또는 갑상선암을 직접적인 원인으 로 하여 사망하였을 경우	1,000만원

※ 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 대장점막내암 및 갑상선암 제외)

- ① 약관에 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준 질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물(암)	분 류 부 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

대 상 악 성 신 생 물(암)	분 류 부 호
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

- ※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류부호 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류부호 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.
- ※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.
- ※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. () 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)상의 분류부호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고

있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인
분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

- 1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는
약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질
병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
- 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는
약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사
인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니
다.
3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된
법률을 적용합니다.

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
암사망보험금 (제5조)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이 내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이 내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 암치료특약(갑상선암제외)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 암치료특약(갑상선암제외)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암치료특약(갑상선암제외) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암" 및 "기타피부암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표2) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 대장점막내암 및 갑상선암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류부호 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류부호 C73[갑상선의 악성 신생물(암)], 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류부호 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 경우 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.
- ④ 제2항에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

【한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시】

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

- ⑤ 암 및 기타피부암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【예시】

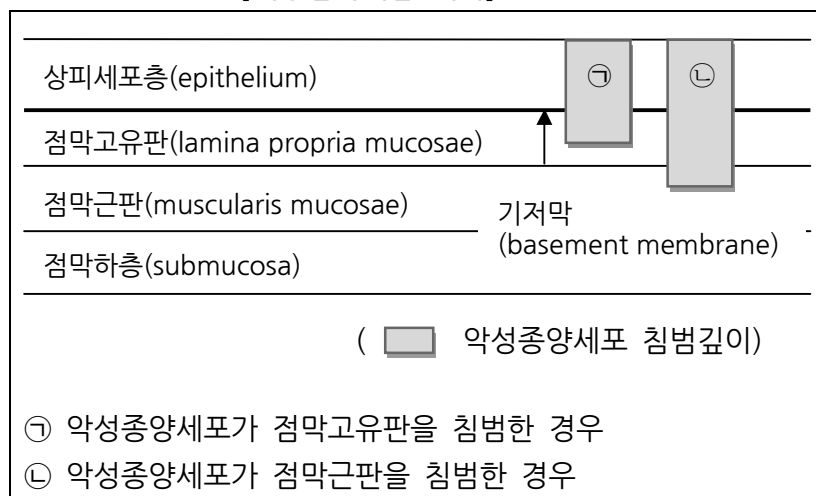
C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “대장암 중 대장점막내암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)

에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다. (이하 “대장점막내암”이라 합니다)

[대장점막내암 예시]



【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림

프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ② 제1항의 경우 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.
- ③ 제1항에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

【한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시】

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

- ④ 대장점막내암의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중

(별표3) “제자리신생물 분류표(대장점막내암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

- ② 제자리암의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표4) “경계성종양 분류표”에서 정한 질병으로 암, 제자리암 및 대장점막내암과는 구분됩니다.
- ② 경계성종양의 진단 확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue) 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금지급기준표” 참조]을 지급합니다.

다

1. 피보험자가 암으로 진단이 확정되었을 경우
 : 암 진단자금 지급 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)
2. 피보험자가 기타피부암으로 진단이 확정되었을 경우
 : 기타피부암 진단자금 지급 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)
3. 피보험자가 대장점막내암으로 진단이 확정되었을 경우
 : 대장점막내암 진단자금 지급(다만, 최초 1회에 한하여 지급)
4. 피보험자가 제자리암으로 진단이 확정되었을 경우
 : 제자리암 진단자금 지급 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)
5. 피보험자가 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우
 : 경계성종양 진단자금 지급 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 암 또는 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유) 제1호의 암 진단자금 또는 제2호의 기타피부암 진단자금, 제3호의 대장점막내암 진단자금, 제4호의 제자리암 진단자금, 제5호의 경계성종양 진단자금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제10조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양 진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제12조 (보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제11조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환

급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우

3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

④ 제2항의 규정에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제14조(피보험자의 범위) 제1항 제2호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

제14조 (피보험자의 범위)

① 이 특약의 피보험자는 다음에서 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.

1. 주계약의 피보험자(다만, 주계약이 2명보장보험일 경우에

는 주계약의 주피보험자로 하며, 이하 같습니다)

2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 "배우자"라고 합니다), 직계 비속 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매

- ② 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 주계약 피보험자의 사망에 따른 경우는 제외합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 자녀인 경우에는 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀 자격을 상실한 경우에도 계약자의 해지 청구가 없을 때에는 이 특약의 효력은 계속됩니다.
- ④ 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 주계약 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자, 직계비속 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매에 있어서는 계약일의 다음 날 이후에 제14조(피보험자의 범위) 제1항의 규정에 따라 피보험자로 된 날을 해당 피보험자의

보장개시일로 합니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약

한 것으로 봅니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(단, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항 및 제3항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나, 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해지환급금)

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제23조 (주계약 약관 준용)

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

기준 : 보험가입금액 1,000만원

급부명칭	지급사유	지급내용
암 진단자금 (제7조 제1호)	피보험자가 암으로 진단이 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원
기타피부암 진단자금 (제7조 제2호)	피보험자가 기타피부암으로 진단이 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	100만원
대장점막내암 진단자금 (제7조 제3호)	피보험자가 대장점막내암으로 진단이 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	100만원
제자리암 진단자금 (제7조 제4호)	피보험자가 제자리암으로 진단이 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	100만원
경계성종양 진단자금 (제7조 제5호)	피보험자가 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	300만원

※ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 암 또는 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유) 제1호의 암 진단자금 또는 제2호의 기타피부암 진단자금, 제3호의 대장점막내암 진단자금, 제4호의 제자리암 진단자금, 제5호의 경계성종양 진단자금을 지급합니다.

※ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 대장점막내암 및 갑상선암 제외)

① 약관에 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준 질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물(암)	분 류 부 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3

대 상 약 성 신 생 물(암)	분 류 부 호
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

- ※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류부호 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류부호 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.
- ※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.
- ※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

제자리신생물 분류표
(대장점막내암 제외)

- ① 약관에 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류부호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제4조(“대장암 중대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

- ② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사

인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 4)

경계성종양 분류표

- ① 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류부호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

- ② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
암 진단자금 기타피부암 진단자금 대장점막내암 진단자금 제자리암 진단자금 경계성종양 진단자금 (제7조)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 암치료특약(갑상선암/대장점막내암제외)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 암치료특약(갑상선암/대장점막내암제외)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암치료특약(갑상선암/대장점막내암제외) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암" 및 "기타피부암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표2) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 대장점막내암 및 갑상선암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류부호 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 제3항에서 정한 대장점막내암, 분류부호 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류부호 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 "대장점막내암"이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 함이다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다.
- ④ 제2항에서 제3항의 경우 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.
- ⑤ 제2항에서 제3항에 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

【한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시】

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도

진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

- ⑥ 암 및 기타피부암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는

질병으로 봅니다.

제4조 ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표3) "제자리신생물 분류표(대장점막내암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표4) "경계성종양 분류표"에서 정한 질병으로 암, 제자리암과는 구분됩니다.
- ② 경계성종양의 진단 확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue) 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) "보험금지급기준표" 참조]을 지급합니다

1. 피보험자가 암으로 진단이 확정되었을 경우
: 암 진단자금 지급 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)
2. 피보험자가 기타피부암으로 진단이 확정되었을 경우
: 기타피부암 진단자금 지급 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)
3. 피보험자가 제자리암으로 진단이 확정되었을 경우
: 제자리암 진단자금 지급 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)
4. 피보험자가 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우
: 경계성종양 진단자금 지급 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 암 또는 기타피부암, 제자리암, 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제6조(보험금의 지급사유) 제1호의 암 진단자금 또는 제2호의 기타피부암 진단자금, 제3호의 제자리암 진단자금, 제4호의 경계성종양 진단자금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양 진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제11조 (보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환

급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우

3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

④ 제2항의 규정에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제13조(피보험자의 범위) 제1항 제2호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

제13조 (피보험자의 범위)

① 이 특약의 피보험자는 다음에서 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.

1. 주계약의 피보험자(다만, 주계약이 2명보장보험일 경우에

는 주계약의 주피보험자로 하며, 이하 같습니다)

2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 "배우자"라고 합니다), 직계 비속 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매

- ② 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 주계약 피보험자의 사망에 따른 경우는 제외합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 자녀인 경우에는 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀 자격을 상실한 경우에도 계약자의 해지 청구가 없을 때에는 이 특약의 효력은 계속됩니다.
- ④ 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 주계약 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자, 직계비속 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매에 있어서는 계약일의 다음 날 이후에 제13조(피보험자의 범위) 제1항의 규정에 따라 피보험자로 된 날을 해당 피보험자의

보장개시일로 합니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약

한 것으로 봅니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(단, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항 및 제3항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나, 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해지환급금)

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 준용)

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

기준 : 보험가입금액 1,000만원

급부명칭	지급사유	지급내용
암 진단자금 (제6조 제1호)	피보험자가 암으로 진단이 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원
기타피부암 진단자금 (제6조 제2호)	피보험자가 기타피부암으로 진단이 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	100만원
제자리암 진단자금 (제6조 제3호)	피보험자가 제자리암으로 진단이 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	100만원
경계성종양 진단자금 (제6조 제4호)	피보험자가 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	300만원

※ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 암 또는 기타피부암, 제자리암, 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제6조(보험금의 지급사유) 제1호의 암 진단자금 또는 제2호의 기타피부암 진단자금, 제3호의 제자리암 진단자금, 제4호의 경계성종양 진단자금을 지급합니다.

※ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 대장점막내암 및 갑상선암 제외)

① 약관에 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준 질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물(암)	분 류 부 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3

대 상 약 성 신 생 물(암)	분 류 부 호
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

- ※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류부호 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류부호 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.
- ※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제3조 제3호에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.
- ※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

제자리신생물 분류표
(대장점막내암 제외)

- ① 약관에 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류부호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제3조 제3호에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

- ② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

니다.

(별표 4)

경계성종양 분류표

- ① 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류부호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

- ② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
암 진단자금 기타피부암 진단자금 제자리암 진단자금 경계성종양 진단자금 (제6조)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 갑상선암치료특약
약 관

이 특약의 약관은 무배당 갑상선암치료특약을 선택하여 가입한
경우에 한하여 적용합니다.

무배당 갑상선암치료특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급금과 이자율 관련 용어
가. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("갑상선암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류부호 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 경우 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.
- ③ 제1항에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

【한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시】

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

- ④ 갑상선암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문

서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 “갑상선암”이 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 갑상선암 진단자금[(별표 1) "보험금지급기준표" 참조]을 지급합니다.

(다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다.)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 갑상선암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)의 갑상선암 진단자금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께

제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(갑상선암 진단서 등)

- 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- 4. 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 2) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우
 3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ③ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 규정에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제11조(피보험자의 범위) 제1항 제2호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

제11조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에서 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
 - 1. 주계약의 피보험자(다만, 주계약이 2명보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자로 하며, 이하 같습니다)
 - 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 "배우자"라고 합니다), 직계 비속 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매
- ② 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 주계약 피보험자의 사망에 따른 경우는 제외합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 자녀인 경우에는 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀 자격을 상실한 경우에도 계약자의 해지 청구가 없을 때에는 이 특약의 효력은 계속됩니다.
- ④ 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터

회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이
율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제13조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어
주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.
이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립
니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에
는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후
에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 보험
기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의
보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는
경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과
동일합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 주계약 피보험자가 특약을 체결할

때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자, 직계비속 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매에 있어서는 계약일의 다음 날 이후에 제11조(피보험자의 범위) 제1항의 규정에 따라 피보험자로 된 날을 해당 피보험자의 보장개시일로 합니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

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

부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(단, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항 및 제3항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나, 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해지환급금)

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 준용)

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

기준 : 보험가입금액 1,000 만원

급부명칭	지급사유	지급내용
갑상선암 진단자금 (제4조)	피보험자가 갑상선암으로 진단이 확정되 었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원

※ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 갑상선암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조 (보험금의 지급사유)의 갑상선암 진단자금을 지급합니다.

※ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

(별표 2)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
갑상선암 진단자금 (제4조)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 대장점막내암치료특약
약 관

이 특약의 약관은 무배당 대장점막내암치료특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 대장점막내암치료특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

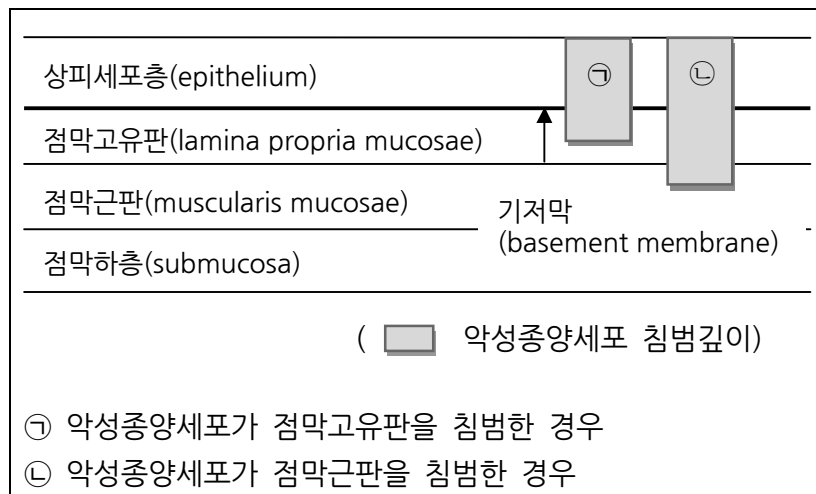
1. 계약관계 관련 용어
가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급금과 이자율 관련 용어
가. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “대장암 중 대장점막내암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다. (이하 “대장점막내암”이라 합니다)

[대장점막내암 예시]



【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질

병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ② 제1항의 경우 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.
- ③ 제1항에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

【한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시】

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

- ④ 대장점막내암의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록

또는 증거가 있어야 합니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 “대장점막내암”이 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 대장점막내암 진단자금 [(별표 1) "보험금지급기준표" 참조]을 지급합니다.
(다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다.)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 대장점막내암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)의 대장점막내암 진단자금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(대장점막내암 진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조 (보험금의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험

금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 2) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 - 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 - 2. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우
 - 3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ③ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항의 규정에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제11조(피보험자의 범위) 제1항 제2호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

제11조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에서 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
 1. 주계약의 피보험자(다만, 주계약이 2명보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자로 하며, 이하 같습니다)
 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 "배우자"라고 합니다), 직계비속 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매
- ② 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 주계약 피보험자의 사망에 따른 경우는 제외합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 자녀인 경우에는 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀 자격을 상실한 경우에도 계약자의 해지 청구가 없을 때에는 이 특약의 효력은 계속됩니다.
- ④ 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제13조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 주계약 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자, 직계비속 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매에 있어서는 계약일의 다음 날 이후에 제11조(피보험자의 범위) 제1항의 규정에 따라 피보험자로 된 날을 해당 피보험자의 보장개시일로 합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약

의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(단, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함

합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항 및 제3항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나, 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해지환급금)

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 준용)

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

기준 : 보험가입금액 1,000만원

급부명칭	지급사유	지급내용
대장점막내암 진단자금 (제4조)	피보험자가 대장점막내암으로 진단이 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원

※ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 대장점막내암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제 4조(보험금의 지급사유)의 대장점막내암 진단자금을 지급합니다.

※ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

(별표 2)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
대장점막내암 진단자금 (제4조)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 암직접치료통원특약
약 관

이 특약의 약관은 무배당 암직접치료통원특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암직접치료통원특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2 “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 대장점막내암 및 갑상선암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류부호 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류부호 C73[갑상선의 악성 신생물(암)], 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류부호 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류부호 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 제2항 및 제3항의 경우 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.
- ⑤ 제2항 및 제3항에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

【한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시】

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도

진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

- ⑥ 암, 기타피부암 및 갑상선암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【예시】

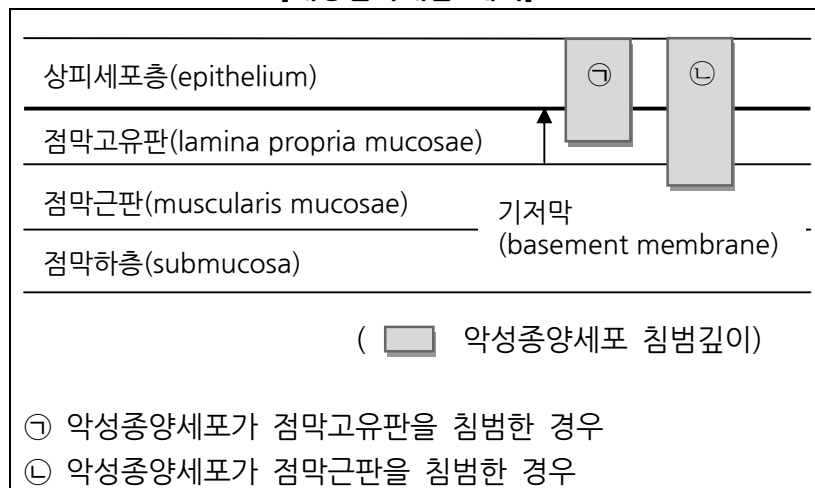
C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확

정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “대장암 중 대장점막내암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 “대장점막내암”이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ② 제1항의 경우 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.
- ③ 제1항에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

【한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시】

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

④ 대장점막내암의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4 “경계성종양 분류표”에서 정한 질병으로 암, 제6조 (“제자리암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암 및 대장점막내암과는 구분됩니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3 “제자리신생물 분류표(대장점막내암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 대장점막내암은 제외합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한

현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조 (“통원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “통원”이라 함은 의사가 암, 경계성종양, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 (“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① 이 특약에서 “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역성 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역성 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 동조 제1항에서 제4항은 “암”, “경계성종양”, “갑상선암”, “기타 피부암”, “제자리암” 및 “대장암 중 대장점막내암”에 적용됩니다.

제9조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금 (별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우

(통원 1회당, 1일 1회에 한함)

: 암직접치료통원비

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우

(통원 1회당, 1일 1회에 한함)

: 경계성종양직접치료통원비

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우

(통원 1회당, 1일 1회에 한함)

: 갑상선암직접치료통원비

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단이 확정되고 그 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우

(통원 1회당, 1일 1회에 한함)

: 기타피부암직접치료통원비

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단이 확정되고 그 제자리암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우

(통원 1회당, 1일 1회에 한함)

: 제자리암직접치료통원비

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우

(통원 1회당, 1일 1회에 한함)

: 대장점막내암직접치료통원비

제10조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제9조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제12조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유를 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을

청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서[진단서(병명기입), 통원확인서, 진료기록부(검사 기록지 포함) 등]
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제13조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제15조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우
- ③ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

- ④ 제2항의 규정에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제16조(피보험자의 범위) 제1항 제2호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

제16조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에서 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
1. 주계약의 피보험자(다만, 주계약이 2명 보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자로 하며, 이하 같습니다)
 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 "배우자"라고 합니다), 직계비속 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매
- ② 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 주계약 피보험자의 사망에 따른 경우는 제외합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 자녀인 경우에는 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀 자격을 상실한 경우에도 계약자의 해지 청구가 없을 때에는 이 특약의 효력은 계속됩니다.
- ④ 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제17조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때

이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제18조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제19조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제20조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 주계약 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자, 직계비속 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매에 있어서는 계약일의 다음 날 이후에 제16조(피보험자의 범위) 제1항의 규정에 따라 피보험자로 된 날을 해당 피보험자의 보장개시일로 합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제21조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경

우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

- ② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제22조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(단, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제20조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항 및 제3항의 규정

을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제23조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나, 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제24조 (해지환급금)

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제25조 (주계약 약관 준용)

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급내용
암직접치료통원비 (제9조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우	통원 1회당 1만원 (다만, 1일 1회에 한함)
경계성종양 직접치료통원비 (제9조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우	통원 1회당 1만원 (다만, 1일 1회에 한함)
갑상선암 직접치료통원비 (제9조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우	통원 1회당 1만원 (다만, 1일 1회에 한함)
기타피부암 직접치료통원비 (제9조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단이 확정되고 그 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우	통원 1회당 1만원 (다만, 1일 1회에 한함)
제자리암 직접치료통원비 (제9조 제5호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단이 확정되고 그 제자리암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우	통원 1회당 1만원 (다만, 1일 1회에 한함)
대장점막내암 직접치료통원비 (제9조 제6호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우	통원 1회당 1만원 (다만, 1일 1회에 한함)

※ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 대장점막내암 및 갑상선암 제외)

- ① 약관에 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준 질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물(암)	분 류 부 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3

대 상 악 성 신 생 물(암)	분 류 부 호
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

- ※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류부호 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류부호 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.
- ※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.
- ※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

제자리신생물 분류표 (대장점막내암 제외)

- ① 약관에 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류부호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제4조(“대장암 중대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

- ② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사

인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 4)

경계성종양 분류표

- ① 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류부호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

- ② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제14조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
통원보험금 (제9조 제1호 에서 제6호)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정하는 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 항암방사선약물치료특약

약 관

이 특약의 약관은 무배당 항암방사선약물치료특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 항암방사선약물치료특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“일반암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “일반암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표2) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제4조(“소액암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 제외합니다.
- ② 일반암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 일반암으로 진단 또는 치료를 받고있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정

되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (“소액암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “소액암”이라 함은 다음 각호의 규정에 해당하는 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다.
 1. “기타피부암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류부호 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
 2. “갑상선암”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류부호 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 소액암의 진단확정은 병원의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 소액암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

- ① 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 일반암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.(이하 “항암방사선치료”라 합니다)

- ② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 일반암, 기타피부암 또는 갑상선암의 적절한 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아프니, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않음]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.(이하 “항암약물치료”라 합니다)

제6조 (“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① 이 특약에서 “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역성 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역성 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 동조 제1항에서 제4항은 “일반암” 및 “소액암”에 적용됩니다.

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 일반암으로 진단이 확정되고 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우(다만, 최초 1회의 치료에 한함)
: 일반암 항암방사선치료비
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단이 확정되고 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우(다만 최초 1회의 치료에 한함)
: 소액암 항암방사선치료비
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 일반암으로 진단이 확정되고 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를

받은 경우(다만, 최초 1회의 치료에 한함)

： 일반암 항암약물치료비

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단이 확정되고 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우(다만 최초 1회의 치료에 한함)

： 소액암 항암약물치료비

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제10조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(병명기입), 입퇴원확인서, 통원확인서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제11조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간

에 대한 이자는 (별표 3) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후 매월 계약해당일에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 - 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 - 2. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우
 - 3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
- ④ 제3항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항의 규정에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제14조(피보험자의 범위) 제1항 제2호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

제14조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에서 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
 1. 주계약의 피보험자(다만, 주계약이 2명보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자로 하며, 이하 같습니다)
 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 "배우자"라고 합니다), 직계비속 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매
- ② 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 주계약 피보험자의 사망에 따른 경우는 제외합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 자녀인 경우에는 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀 자격을 상실한 경우에도 계약자의 해지 청구가 없을 때에는 이 특약의 효력은 계속됩니다.
- ④ 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 주계약 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자, 직계비속 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매에 있어서는 계약일의 다음 날 이후에 제14조(피보험자의 범위) 제1항의 규정에 따라 피보험자로 된 날을 해당 피보험자의 보장개시일로 합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(단, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되

었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항 및 제3항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나, 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해지환급금)

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제23조 (주계약 약관 준용)

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급내용
일반암 항암방사선치료비 (제7조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 일반암으로 진단이 확정되고 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우	100만원 (다만, 최초 1회의 치료에 한함)
소액암 항암방사선치료비 (제7조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단이 확정되고 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우	20만원 (다만, 최초 1회의 치료에 한함)
일반암 항암약물치료비 (제7조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 일반암으로 진단이 확정되고 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우	100만원 (다만, 최초 1회의 치료에 한함)
소액암 항암약물치료비 (제7조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단이 확정되고 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우	20만원 (다만, 최초 1회의 치료에 한함)

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물(암)	분 류 부 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

대 상 약 성 신 생 물(암)	분 류 부 호
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류부호 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류부호 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로
는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국
표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합
니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로
는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질
병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하
지 않습니다.

(별표 3)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
치료비 (제7조)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 허혈심장질환치료특약
약 관

이 특약의 약관은 무배당 허혈심장질환치료특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 허혈심장질환치료특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 기간과 날짜 관련 용어
가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
가. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("허혈심장질환"의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에서 "허혈심장질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류

중 (별표2) “허혈심장질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

- ② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “허혈심장질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”으로 진단이 확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: “허혈심장질환” 진단자금 지급

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하여 그 후에 “허혈심장질환”을

직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 “허혈심장질환” 진단자금을 지급합니다.

- ② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항의 ‘사망’의 원인 및 “허혈심장질환” 진단자금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 제2항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.
 - 1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
 - 2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서 (진단서(병명기입) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간

에 대한 이자의 계산은 (별표3)“보험금을 지급할 때의 적립이
율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과, 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 및 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우
 3. 이 특약에서 더 이상 보험금 지급사유가 발생할 수 없는 경우
- ③ 제2항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우
법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다)

계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우

가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

④ 제2항의 규정에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제11조(피보험자의 범위) 제1항 제2호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑤ 제11조(피보험자의 범위) 제2항에 따라 이 특약의 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제11조 (피보험자의 범위)

① 이 특약의 피보험자는 다음에서 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.

1. 주계약의 피보험자(다만, 주계약이 2명 보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자로 하며, 이하 같습니다)

2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 "배우자"라고 합니다), 직계비속 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매

② 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 주계약 피보험자의 사망에 따른 경우는 제외합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 자녀인 경우에는 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀 자격을 상실한 경우에도 계약자의 해지 청구가 없을 때에는 이 특약의 효력은 계속됩니다.
- ④ 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험 계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제13조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경

우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

- ② 이 특약의 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항의 규정을 따릅니다.

다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조(해지환급금)

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
“허혈심장질환” 진단자금 (약관 제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈 심장질환”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	500 만원

(별표 2)

허혈심장질환 분류표

- ① 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준 질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류부호
허혈심장질환	
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

- ※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
“허혈심장질환” 진단자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시
효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기
간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하
는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 특정뇌혈관질환치료특약
약 관

이 특약의 약관은 무배당 특정뇌혈관질환치료특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 특정뇌혈관질환치료특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 기간과 날짜 관련 용어
가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
가. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("특정뇌혈관질환"의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에서 "특정뇌혈관질환"이라 함은 한국표준질병·사인분

류 중 (별표2) “특정뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

- ② “특정뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 결과에 일치되게 “특정뇌혈관질환”의 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “특정뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “특정뇌혈관질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “특정뇌혈관질환”으로 진단이 확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)

: “특정뇌혈관질환” 진단자금 지급

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하여 그 후에 “특정뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 “특정뇌혈관질환” 진단자금을 지급합니다.
- ② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항의 ‘사망’의 원인 및 “특정뇌혈관질환” 진단자금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 제2항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.
 1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
 2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서 (진단서(병명기입) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한

의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표3)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 및 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없

는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우

3. 이 특약에서 더 이상 보험금 지급사유가 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우

법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우

가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

④ 제2항의 규정에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제11조(피보험자의 범위) 제1항 제2호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑤ 제11조(피보험자의 범위) 제2항에 따라 이 특약의 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제11조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에서 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
 1. 주계약의 피보험자(다만, 주계약이 2명 보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자로 하며, 이하 같습니다)
 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 "배우자"라고 합니다), 직계 비속 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매
- ② 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 주계약 피보험자의 사망에 따른 경우는 제외합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 자녀인 경우에는 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀 자격을 상실한 경우에도 계약자의 해지 청구가 없을 때에는 이 특약의 효력은 계속됩니다.
- ④ 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터

회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험 계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제13조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거

나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입하지 않은 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

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

혐료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조(해지환급금)

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
“특정뇌혈관질환” 진단자금 (약관 제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특 정뇌혈관질환”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	500 만원

(별표 2)

특정뇌혈관질환 분류표

- ① 약관에서 규정하는 특정뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류부호
특정뇌혈관질환	
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 모야모야병	I67.5

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

- ② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
“특정뇌혈관질환” 진단자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 골절치료특약II
약 관

이 특약의 약관은 무배당 골절치료특약II를 선택하여 가입한
경우에 한하여 적용합니다.

무배당 골절치료특약II 약관 (주피형, 종피형)

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : (별표 3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애 : (별표 4) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 재해골절[치아파절(깨짐, 부러짐) 제외]분류표(별표2 참조)에서 정하는 골절(이하 “골절”이라 합니다)이 발생하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 골절치료급여금[치아파절(깨짐, 부러짐) 제외] (별표1 “보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 장해지급률이 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해로 두가지 이상의 골절상태가 발생할 경우에도 재해발생 1회당 1회의 골절치료급여금만 지급합니다.
- ③ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 따라 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른

재해를 말합니다.

- ⑥ 제1항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표4 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제1항의 경우 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우에는 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애의 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑪ 장애분류표(별표4 참조)에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표(별표4 참조)의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑫ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제7조 (보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(골절진단서)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 및 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제9조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
- ③ 제10조(피보험자의 범위) 제3항에 따라 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 이 특약의 피보험자가 제10조(피보험자의 범위) 제1항 제2호

에서 정한 피보험자일 경우, 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때에는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

- ⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제15조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제16조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제10조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 주피형의 경우에는 주계약의 피보험자(다만, 주계약이 2명보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자)로 합니다.
 - 2. 종피형의 경우에는 제1호에서 정한 주계약 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등을 피보험자로 합니다.
- ② 이 특약을 체결할 때 제1항에서 정한 피보험자에 해당되는 자는 그 해당된 날에 피보험자의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호에서 이 특약의 피보험자가 주계약 피보험자의 배우자일 경우, 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 그 날부터 피보험자의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 제1항 제2호에서 이 특약의 피보험자가 주계약 피보험자의 배우자일 경우, 제3항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 6개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시

키지 않습니다.

- ⑤ 제1항 제2호의 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약의 피보험자를 변경할 수 없습니다.

제11조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험 계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제12조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 감소할 수 있습니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제13조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제14조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제15조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다.
다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제16조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계

약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제17조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제18조 (해지환급금)

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지

환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제19조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
골절치료 급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 골절[치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외]이 발생하였을 경우	골절발생 1회당 30만원

- ※ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장애분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 장애지급률이 50% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ※ 골절치료급여금의 경우 동일한 재해로 두가지 이상의 골절상태가 발생할 경우에도 재해발생 1회당 1회의 골절치료급여금만 지급합니다.

(별표 2)

재해골절[치아파절(깨짐, 부러짐) 제외] 분류표

① 약관에 규정하는 “재해골절[치아파절(깨짐, 부러짐) 제외]”로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류부호
1. 척추 및 척수의 출산 손상	P11.5
2. 출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
3. 두개골의 기타 출산손상	P13.1
4. 대퇴골의 출산손상	P13.2
5. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
6. 출산손상으로 인한 쇄골 골절	P13.4
7. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
8. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9
9. 두개골 및 안면골의 골절 [치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외]	S02 (S02.5는 제외)
10. 목의 골절	S12
11. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
12. 요추 및 골반의 골절	S32
13. 어깨 및 위팔의 골절	S42
14. 아래팔의 골절	S52
15. 손목 및 손부위의 골절	S62
16. 대퇴골의 골절	S72
17. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
18. 발목을 제외한 발의 골절	S92
19. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
20. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08

분류항목	분류부호
21. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
22. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
23. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로
는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표
준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니
다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로
는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질
병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지
않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. () 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)상의 분류부호며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로 는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
 - 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로 는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.
3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제18조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자	
골절치료급여금 (제3조)	지급기일의 다음날부터 30일 이 내 기간	보험계약대출이율	
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)	
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)	
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)	
해지환급금 (제18조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날 부터 청구일까지의 기간	1년 이내	평균공시이 율의 50%
		1년초과 기간	1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까 지의 기간	보험계약대출이율	

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한
소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그
해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로
인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 2대질병보장특약 약 관

이 특약의 약관은 무배당 2대질병보장특약을 선택하여 가입한
경우에 한하여 적용합니다.

무배당 2대질병보장특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“2대질병”의 정의 및 진단 확정)

이 계약에서 “2대질병”이라 함은 급성심근경색증, 뇌출혈을 말합니다.

- ① “급성심근경색증”이라 함은 한국 표준질병·사인분류에서 “급성심근경색증”으로 분류되는 질병[별표 2 (급성심근경색증 분류표)참고]을 말합니다.
- ② “뇌출혈”이라 함은 한국 표준질병·사인분류에서 “뇌출혈”로 분류되는 질병[별표 3 (뇌출혈 분류표)참고]을 말합니다.
- ③ 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서 상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우
- ④ 뇌출혈의 진단확정은 병원의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검

진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표1) "보험금지급기준표" 참조]을 지급합니다.

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈 또는 급성심근경색 증으로 진단이 확정되었을 때

: 2대질병진단자금 지급(다만, 각각 최초 1회에 한하여 지급)

제5조 (보험금의 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 2대질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 2대질병진단자금을 지급하여 드립니다.
- ② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항의 '사망'의 원인 및 '2대질병진단자금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 제2항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사

망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
 2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유) 및 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서 (회사양식)
 - 2. 사고증명서 (진단서(병명기입) 등)
 - 3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 선택하여 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 - 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유지됩니다.
 - 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
 - 3. 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더는 발생할 수 없는 경우
- ③ 제2항의 경우에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않는 경우에는 제11조(피보험자의 범위) 제1항 제2호 및 제3호의 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제11조(피보험자의 범위) 제2항에 따라 이 특약의 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유

가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

제11조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
 1. 주계약의 피보험자[다만, 주계약이 2명 보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다]
 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 "배우자"라고 합니다), 직계비속의 배우자, 배우자의 직계존속
 3. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 직계비속, 직계존속, 형제, 자매
- ② 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에는 그 날부터 피보험자의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

- ③ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 6개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제13조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않는 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

- ② 이 특약의 보험료를 납입하지 않은 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금

제18조 (“계약자의 임의해지”)

- ① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해지환급금)

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 내 용
2대질병 진단자금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단확정 되었을 때 (다만, 각각 최초 1회에 한하여 지급)	1,000 만원

(별표 2)

급성심근경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준·질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류부호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시

시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

뇌출혈 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류부호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시

시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제9조 제2항 관련)

구분	적립기간	지급이자
2대질병 진단자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 뇌출혈보장특약 약관

이 특약의 약관은 무배당 뇌출혈보장특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌출혈보장특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 기간과 날짜 관련 용어
가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("뇌출혈"의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에서 "뇌출혈"이라 함은 한국 표준질병·사인분류에서 "뇌출혈"로 분류되는 질병(별표2 "뇌출혈 분류표" 참조)을 말합니다.
- ② "뇌출혈"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조(의

사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

이 특약의 보험기간 중 피보험자가 뇌출혈로 진단이 확정되었을 경우

: 뇌출혈 진단자금 지급(다만, 최초 1회에 한하여 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하여 그 후에 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈 진단자금을 지급합니다.
- ② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피

보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 1항의 '사망'의 원인 및 '뇌출혈 진단자금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

- ③ 제2항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.
1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
 2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우

에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조 (보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서 (진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부 기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표3)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제9조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 및 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우
 3. 이 특약에서 더 이상 보험금 지급사유가 발생할 수 없는 경우
- ③ 제2항 제2호의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우
법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우

가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ④ 제2항의 규정에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제10조(피보험자의 범위) 제1항 제2호 및 제3호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.
- ⑤ 제10조(피보험자의 범위) 제2항에 따라 이 특약의 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제10조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
 - 1. 주계약의 피보험자(다만, 주계약이 2명보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다)
 - 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자, 직계비속의 배우자, 배우자의 직계존속
 - 3. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 직계비속, 직계존속, 형제, 자매
- ② 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에는 그 날부터 피보험자의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 제2항에도 불구하고 계약자

가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실
일부터 6개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로
동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하
여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제11조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거
나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때
이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는
특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만,
회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙
전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않
은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터
회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험
계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립
니다.

제12조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할
때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으
로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에
는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에
는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제13조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제14조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제15조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

- ② 이 특약의 보험료를 납입하지 않은 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제16조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제17조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제18조(해지환급금)

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제19조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급 여 명	지 급 사 유	지 급 액
뇌출혈 진단자금 (약관 제4조)	보험기간중 피보험자가 뇌출혈로 진단확 정 되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000 만원

(별표 2)

뇌출혈 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류부호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
뇌출혈 진단자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

**무배당 급성심근경색증보장특약
약관**

이 특약의 약관은 무배당 급성심근경색증보장특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 급성심근경색증보장특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 기간과 날짜 관련 용어
가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("급성심근경색증"의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에서 "급성심근경색증"이라 함은 한국 표준질병·사인 분류에서 "급성심근경색증"으로 분류되는 질병(별표2"급성심근경색증 분류표" 참조)을 말합니다.
- ② "급성심근경색증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 경우

: 급성심근경색증 진단자금 지급(다만, 최초 1회에 한하여 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하여 그 후에 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한

급성심근경색증 진단자금을 지급합니다.

- ② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항의 ‘사망’의 원인 및 ‘급성심근경색증 진단자금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 제2항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.
 - 1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
 - 2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다
- 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조 (보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서 (진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부 기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표3)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제9조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과, 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지 및 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우
 3. 이 특약에서 더 이상 보험금 지급사유가 발생할 수 없는 경우
- ③ 제2항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우
법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한

것으로 통보하는 경우

가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ④ 제2항의 규정에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제10조(피보험자의 범위) 제1항 제2호 및 제3호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.
- ⑤ 제10조(피보험자의 범위) 제2항에 따라 이 특약의 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제10조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
 - 1. 주계약의 피보험자(다만, 주계약이 2명보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 합니다)
 - 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자, 직계비속의 배우자, 배우자의 직계존속
 - 3. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 직계비속, 직계존속, 형제, 자매
- ② 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에는 그 날부터 피보험자의 자격을 상실하며, 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실

일부 6개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제11조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험 계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제12조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제13조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보

험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제14조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제15조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납

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

제16조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제17조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제18조(해지환급금)

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제6관 기타사항 등

제19조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급 여 명	지 급 사 유	지 급 액
급성심근경색증 진단자금 (약관 제4조)	보험기간중 피보험자가 급성심근경색증으 로 진단확정 되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000 만원

(별표 2)

급성심근경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준·질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준·질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류부호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준·질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 보장하는 질병 해당여부의 판단은 진단 당시의 한국표준·질병·사인분류에서 정한 바에 따라 결정되며, 이후 한국표준·질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준·질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준·질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준·질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준·질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준·질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
급성심근경색증 진단자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시
효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기
간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하
는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 단체수술특약 약관

무배당 단체수술특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다

나. 주피보험자 : 피보험자 2 명을 보장하는 보험계약에서 보험사고의 주된 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“수술”의 정의와 장소)

이 특약에서 “수술”이라 함은 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 (별표 2) “수술 · 신생물 근치 방사선 조사분류표”에서 정한 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)] 등은 행위에서 제외됩니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 피보험자가 특약의 보험기간 중 제3조(“수술”의 정의와 장소)에서 정하는 수술(이하 “수술”이라 합니다)을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 수술비[(별표 1) “보험금지급기준표” 참조]를 지급합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적에 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
- ② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는
다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(수술증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에

보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 3) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후 매월 계약해당일에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

④ 제3항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제3항의 규정에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제11조(피보험자의 범위) 제1항 제2호 및 제3호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

제11조 (피보험자의 범위)

① 이 특약의 피보험자는 다음에서 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.

1. 주계약의 피보험자(다만, 주계약이 2명보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 하며, 이하 같습니다)
2. 주계약 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 "배우자"라고 합니다), 직계비속의 배우자, 배우자의 직계존속
3. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 직계비속, 직계존속, 형제, 자매

- ② 이 특약을 체결할 때 제1항에서 정한 피보험자에 해당되는 자는 그 해당된 날에 피보험자의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에는 그 날부터 피보험자의 자격을 상실하며 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 제3항에 따라 이 특약의 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 주계약 피보험자의 사망에 따른 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 제4항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 6개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
- ⑥ 제1항 제2호의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약의 피보험자를 변경할 수 없습니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봄다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제13조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과

동일합니다. 그러나 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약의

피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해지환급금)

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급 기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 내 용	
수술비 (제4조)	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 수술을 받았을 경우	수술 1회당	
		수술의 종류	지급금액
		1종	10만원
		2종	30만원
		3종	50만원
		4종	100만원
		5종	300만원

※ 수술비의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

(별표 2)

수술 · 신생물 근치 방사선 조사분류표

〈수술분류표〉

1. 일반질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술 명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎢이상인 경우) 및 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3종
	2. 피부이식수술(25㎢미만인 경우)	1종
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3종
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術)등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처리, 임플란트 (Implant) 등 치과 처리 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2종
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외함]	1종
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3종

구분	수술 명	수술 종류
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術)등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨의 처치, 임플란트 (Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함)	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2종
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단 수술은 제외함)	1종
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3종
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술 (再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3종
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	1종
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절 (四肢關節) 관혈수술"	2종
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靱帶), 연골(軟骨) 관 혈수술	1종
	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술 (根本手術)	1종
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3종
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1종
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉수술(開胸手術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者) 에 한함]	5종
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3종

구분	수술 명	수술 종류
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술 [개흉수술을 수반하는 것]	4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3종
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관 관혈수술	1종
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥 (肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4종
	26. 심장내(直視下心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5종
	27. 심장 이식수술[수용자에 한함]	5종
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏 調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋 入術)	3종
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3종
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3종
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2종
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1종
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복 술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	33. 위 절제수술 (胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술 을 수반하는 것]	3종

구분	수술 명	수술 종류
소화기계의 수술	35. 간장(肝臟), 췌장(脾臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3종
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (다만, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2종
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)"	2종
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1종
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 단, 직장탈근본수술은 제외 [개복술을 수반하는 것]	4종
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종
비뇨기계 · 생식기계의 수술 (인공임신중절 수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4종

구분	수술 명	수술 종류
비뇨기계 · 생식기계의 수술 (인공임신중절 수술은 제외함)	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2종
	47. 방광류·요실금 교정수술	1종
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5종
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3종
	50. 고환(辜丸), 부고환(副辜丸), 정관 (精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈 수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2종
	51. 음낭관혈수술	1종
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술(다만, 제왕절 개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2종
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 (수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수 술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으 로 반복 지급이 가능합니다.)	1종
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1종
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5종
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3종
	58. 부신(副腎) 절제수술	4종
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	60. 신경(神經) 관혈수술	2종
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4종
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종

구분	수술 명	수술 종류
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술 (안검내반증 제외)	1종
	64. 누소관(淚小管)형성수술 (누관튜브삽입술 포함)	1종
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2종
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2종
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1종
	68. 각막, 공막 이식수술	2종
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2종
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 (수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수 술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으 로 반복 지급이 가능합니다.)	2종
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 (수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수 술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으 로 반복 지급이 가능합니다.)	1종
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수 술 (수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수 술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으 로 반복 지급이 가능합니다.)	2종

구분	수술 명	수술 종류
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3종
	76. 안와내종양절제수술	3종
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술 (異物除去手術)	1종
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1종
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술 은 제외]	2종
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2종
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2종
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60 일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술 로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하 며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가 능합니다.]	1종
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3종
위의 수술 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포 함하지 않음]	84. 위의 수술 이외의 개두술(開頭術)	3종
	85. 위의 수술 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	86. 위의 수술 이외의 개복술(開腹術)	2종
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) (수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수 술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으 로 반복 지급이 가능합니다.) * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2종

구분	수술 명	수술 종류
위의 수술 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포 함하지 않음]	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등 에 의한 경피적 수술 (수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수 술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으 로 반복 지급이 가능합니다.)	
	88-1. 뇌, 심장	3종
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기 (비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)	2종
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1종

(주) 위의 1~87항의 수술중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

II. 악성 신생물 치료 목적의 수술

수술 명	수술 종류
1. 관혈적 악성 신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 다만, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5종
1-1. 기타피부암(C44)	3종
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성 신생물 수술 (수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.)	3종
3. 위의 수술 이외의 기타 악성 신생물수술 (수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.)	3종

- (주) 1. 제자리암 · 경계성 종양에 대한 수술은 'I. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성 신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다. 다만, 조혈모세포이식술(일련의 과정 '추출, 필터링, 배양, 제거, 주입'을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정)을 제외한 근치수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술급여금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

Ⅲ. 악성 신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

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

(주) 1. 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

[수술 · 신생물 근치 방사선 조사분류표 사용 지침]

1. “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사분류표> (별표3 참조)에 정한 행위 [기구를 사용하여 생체(生体)에 절단(切断), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)]을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.
2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성 신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성 신생물의

원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광청술을 함께 실시한 경우
입니다.

5. <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적
첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<수술·신생물 근치 방사선 조사분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 위
의 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기
타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
 - 1) <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표>상의 수술 이외에 보건복지부 산
하 신의료기술평가위원회(향후 제도를 변경할 때에는 동 위원회와 동일
한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수
술기법으로 치료한 경우 <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표>상의 동
일부위 수술로 봅니다.
이때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수
술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한
기준으로 반복 지급이 가능합니다.
 - 2) 다만, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의
한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적
수술인 경우에는 <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표> 중 '일반질병
및 재해치료 목적의 수술' 88항(악성 신생물의 경우는 '악성 신생물 치료
목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.
6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생하는 가
느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서
발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향
해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물의 움직임을 병변 추적 장치
를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은
정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는
감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않
고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다
 - 1) 미용 성형상의 수술
 - 2) 피임(避妊) 목적의 수술

3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술

4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

(별표 3)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제9조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
수술비 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸
시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당
기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정
하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 재해치료비특약 [2형]
약 관

이 특약의 약관은 무배당 재해치료비특약 [2형]을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 재해치료비특약 [2형] 약관 (주피형, 종피형)

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : (별표 3) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장해 : (별표 4) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“수술”의 정의와 장소)

이 특약에서 “수술”이라 함은 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 재해를 직접적인 원인으로 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술을 하는 경우를 말합니다. 이때 수술이란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)등은 수술에서 제외됩니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 재해골절[치아파절(깨짐, 부러짐) 제외]분류표(별표2 참조)에서 정하는 골절(이하 “골절”이라 합니다)이 발생하였을 경우
: 골절치료급여금[치아파절(깨짐, 부러짐) 제외]
2. 피보험자가 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 수술을 받았을 경우
: 재해수술급여금(수술1회당)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 장해지급률이

50% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ② 제4조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 동일한 재해로 두가지 이상의 골절상태가 발생할 경우에도 재해발생 1회당 1회의 골절치료급여금만 지급합니다.
- ③ 제1항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 따라 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표4 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.
- ⑥ 제1항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표4 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고

그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑪ 장해분류표(별표4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표4 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑫ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부 규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(골절진단서, 수술진단서, 통원확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 및 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 - 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 - 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
 - 3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
- ③ 제11조(피보험자의 범위) 제3항에 따라 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 이 특약의 피보험자가 제11조(피보험자의 범위) 제1항 제2호에서 정한 피보험자일 경우, 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때에는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.
- ⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제17조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)

복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 주피형의 경우에는 주계약의 피보험자(다만, 주계약이 2명보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자)로 합니다.
 2. 종피형의 경우에는 제1호에서 정한 주계약 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등을 피보험자로 합니다.
- ② 이 특약을 체결할 때 제1항에서 정한 피보험자에 해당되는 자는 그 해당된 날에 피보험자의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호에서 이 특약의 피보험자가 주계약 피보험자의 배우자일 경우, 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 그 날부터 피보험자의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 제1항 제2호에서 이 특약의 피보험자가 주계약 피보험자의 배우자일 경우, 제3항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 6개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
- ⑤ 제1항 제2호의 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약의 피보험자를 변경할 수 없습니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않

은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험 계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제13조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 감소할 수 있습니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다.
다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보

보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해지환급금)

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
골절치료 급여금 (제4조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 골절[치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외]이 발생하였을 경우	골절발생 1회당 30만원
재해수술 급여금 (제4조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 수술을 받았을 경우	수술1회당 100만원

- ※ 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 장해지급률이 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ※ 골절치료급여금의 경우 동일한 재해로 두가지 이상의 골절상태가 발생할 경우에도 재해발생 1회당 1회의 골절치료급여금만 지급합니다.

(별표 2)

재해골절[치아파절(깨짐, 부러짐) 제외] 분류표

① 약관에 규정하는 “재해골절[치아파절(깨짐, 부러짐) 제외]”로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류부호
1. 척추 및 척수의 출산 손상	P11.5
2. 출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
3. 두개골의 기타 출산손상	P13.1
4. 대퇴골의 출산손상	P13.2
5. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
6. 출산손상으로 인한 쇄골 골절	P13.4
7. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
8. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9
9. 두개골 및 안면골의 골절 [치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외]	S02 (S02.5는 제외)
10. 목의 골절	S12
11. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
12. 요추 및 골반의 골절	S32
13. 어깨 및 위팔의 골절	S42
14. 아래팔의 골절	S52
15. 손목 및 손부위의 골절	S62
16. 대퇴골의 골절	S72
17. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
18. 발목을 제외한 발의 골절	S92
19. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02

분류항목	분류부호
20. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
21. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
22. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
23. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로
는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표
준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니
다.
- 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로
는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질
병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지
않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. () 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)상의 분류부호며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로 는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
- 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로 는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제19조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자	
골절치료급여금 등 (제4조 제1호 및 제2호)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율	
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)	
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)	
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)	
해지환급금 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날 부터 청구일까지의 기간	1년 이내	평균공시이율의 50%
		1년초과 기간	1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 단체입원특약Ⅱ

약 관

이 특약의 약관은 무배당 단체입원특약Ⅱ를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 단체입원특약Ⅱ 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급금과 이자율 관련 용어
가. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("입원"의 정의와 장소)

이 특약에서 "입원"이라 함은 의료법 제5조(의사·치과의사 및

한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 피보험자의 질병 또는 재해(별표 2 “질병 및 재해분류표” 참조, 이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

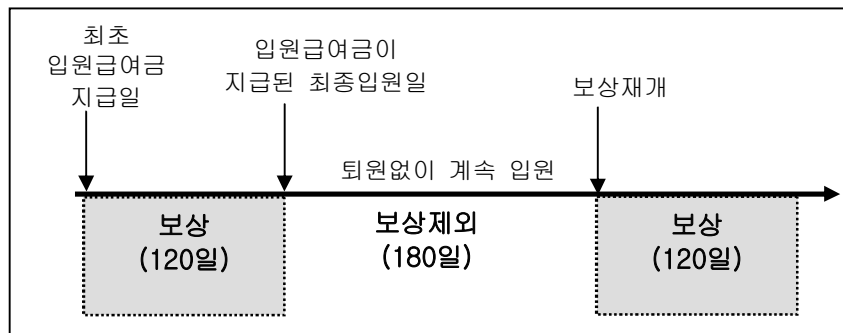
회사는 피보험자가 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 1일이상 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 입원급여금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(입원의 정의와 장소)에서 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ② 제4조(보험금의 지급사유)에서 정하는 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 질병 또는 동일한 재해로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고서 각 입원일수를 더하고 제2항의 규정을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 따른 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이

지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

- ⑤ 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝난 경우에도 경우도 그 계속중인 입원기간에 대하여 제2항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.



- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제1항 및 제5항의 계속입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가

발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(입·퇴원확인서)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조 (보험금의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에

는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 3) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후 매월 계약해당일에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 주계약이 해지(解止) 및 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 종료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

- ④ 제3항의 규정에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제11조(피보험자의 범위) 제1항 2호의 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.
- ⑤ 제3항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에서 정한 자 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
1. 주계약의 피보험자 (다만, 주계약이 2명보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자로 하며, 이하 같습니다)
 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 (이하 "배우자"라고 합니다), 직계비속 및 그 배우자, 직계존속 (배우자의 직계존속 포함), 형제, 자매
- ② 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한

경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 주계약 피보험자의 사망에 따른 경우는 제외합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 자녀인 경우에는 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀 자격을 상실한 경우에도 계약자의 해지 청구가 없을 때에는 이 특약의 효력은 계속됩니다.

④ 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제13조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에

는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

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

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 종료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었

으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

- ② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약의 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조

(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해지환급금)

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

급부명칭	지급사유	지급액
입원급여금 (제4조)	보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 1일이상 입원하였을 경우 (1회입원당 지급일수 120일 한도)	입원일수 1일당 1만원

(별표 2)

질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

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

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

(주)

1. () 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)상의 분류부호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제8차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

- 1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.
 - 2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.
3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

(별표 3)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
입원급여금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1.지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 소멸시효가
완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
- 2.계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당
기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
- 3.가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하
는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 기본형 실손입원의료비특약
약 관

이 특약의 약관은 무배당 기본형 실손입원의료비특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 기본형 실손입원의료비특약 약관
[표준형. 선택형Ⅱ]

실손의료보험은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 상품입니다.

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조 (보장종목)

① 회사가 판매하는 기본형 실손의료보험상품은 다음과 같이 질병입원, 질병통원, 상해입원, 상해통원 및 산과입원의 총 5개 이내의 보장종목으로 구성되어 있으며, 이 특약에서 계약자는 아래 3개 보장종목 중 한 가지 이상을 선택하여 가입할 수 있습니다. 다만 산과입원은 질병입원과 함께 선택하여 가입하여야 합니다.

보장종목	보상하는 내용
질병입원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
상해입원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
산과입원	피보험자가 임신, 출산 및 산후기 관련 질환 (별표3 임신, 출산 및 산후기 질환 분류표 참조)으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상

② 이 특약의 보험종목이 보장하는 보장종목은 아래와 같습니다.

보험종목	보장종목
종합입원형	질병입원, 상해입원
종합입원형 (산과입원포함)	질병입원, 상해입원, 산과입원
질병입원형	질병입원
질병입원형 (산과입원포함)	질병입원, 산과입원
상해입원형	상해입원

다만, 종합입원형(산과입원포함) 및 질병입원형(산과입원포함)의 경우 산과입원 보장은 피보험자(여자) 나이 22세 계약해당일부터 43세 계약해당일 전일까지로 합니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용하는 용어의 뜻은 (별표 1)과 같습니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

제3조 (보장종목별 보상내용)

회사가 이 특약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보장 종목	보상하는 사항
(1) 질	① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나

보장 종목	보상하는 사항		
병 입 원	의 질병당 보험가입금액(1,000만원)의 한도 내에서 보상합니다.		
	구분		보상금액
	표 준 형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	“국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여주)’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200 만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액은 제외합니다
		상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
	선택 형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	“국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제

보장 종목		보상하는 사항	
(1) 질 병 입 원	II	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	로 부담한 금액을 말합니다)’의 90%에 해당하는 금액과 ‘비급여주) (본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)’의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 나머지 급여 중 본인부담금의 10%에 해당하는 금액과 비급여주)의 20%에 해당하는 금액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액은 제외합니다
	선택 형 II	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

위 표에서 ‘비급여’라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급

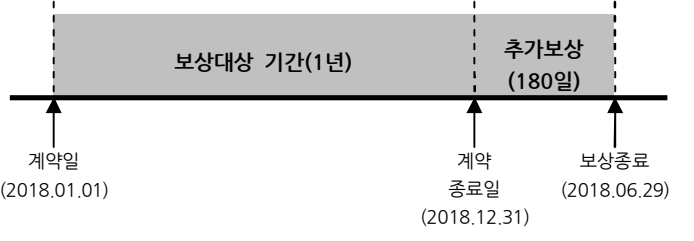
보장 종목	보상하는 사항
(1) 질병입원	<p>여법」에 따른 비급여항목 포함)</p> <p>② 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용 받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당됩니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 질병당 보험가입금액(1,000만원)의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>③ 회사는 하나의 질병으로 인한 입원의료비는 최초 입원일로부터 보험기간 종료일까지 보상합니다.</p> <p>④ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받은 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다.</p> <p>⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.</p>

보장 종목	보상하는 사항
(1) 질 병 입 원	<div data-bbox="478 533 1208 846" data-label="Diagram"> <p style="text-align: center;">〈보상기간 예시〉</p> </div> <p>⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.</p> <p>⑦ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조(정의)에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등) 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제6항에 따라 보상합니다.</p>

보장 종목	보상하는 사항		
(2) 상 해 입 원	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(1,000만원)의 한도 내에서 보상합니다.		
	구분		보상금액
	표 준 형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주)} 과 ‘비급여 ^{주)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200 만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액은 제외합니다
	표 준 형	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
		입원실료,	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여

보장 종목	보상하는 사항		
(2) 상 해 입 원	선 택 형 II	입원제비용, 입원수술비	여 또는 「의료급여법」에서 정한 의 료급여 중 본인부담금(본인이 실제 로 부담한 금액을 말합니다)의 90%에 해당하는 금액과 ‘비급여 ^주 (본인이 실제로 부담한 금액을 말 합니다)’의 80%에 해당하는 금액 을 합한 금액. 다만, 나머지 급여 중 본인부담금의 10%에 해당하는 금액과 비급여 ^주 의 20%에 해당하 는 금액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하 여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액은 제외합니다
		상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기 준병실의 병실료 차액에서 50% 를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균 금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누 어 산출합니다.
	위 표에서 ‘비급여’라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의 료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여		

보장 종목	보상하는 사항
(2) 상 해 입 원	<p>법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)</p> <p>② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.</p> <p>③ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 상해당 보험가입금액(1,000만원)의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>④ 회사는 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 보험기간 종료일까지 보상합니다.</p> <p>⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.</p>

보장 종목	보상하는 사항
(2) 상 해 입 원	<p style="text-align: center;">〈보상기간 예시〉</p>  <p>⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.</p> <p>⑦ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조(정의)에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등) 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제6항에 따라 보상합니다.</p>
(3) 산 과 입 원	<p>① 회사는 피보험자가 임신, 출산 및 산후기 관련 질환(별표3 임신, 출산 및 산후기 질환분류표 참조)으로 인하여 병원 또는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 조산원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(1,000만원)의 한도 내에서 보상합니다.</p>

보장 종목	보상하는 사항		
(3) 산 과 입 원	구분		보상금액
	표 준 형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 ^{주)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액은 제외합니다
		상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
	선택 형 II	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 90%에 해당하는 금액과 ‘비급여 ^{주)} ’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금

보장 종목	보상하는 사항		
(3) 산 과 입 원	선 택 형 II	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	액을 합한 금액. 다만, 나머지 급 여 중 본인부담금의 10%에 해당 하는 금액과 비급여 ^{주)} 의 20%에 해당하는 금액을 합산한 금액이 계 약일 또는 매년 계약해당일부터 기 산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액은 제외합니다
		상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기 준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만 원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전 체를 총 입원일수로 나누어 산출합 니다.
	<p>위 표에서 ‘비급여’라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의 료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여 법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급 여법」에 따른 비급여항목 포함)</p> <p>② 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용 받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양 급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정 한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인</p>		

보장 종목	보상하는 사항
(3) 산과입원 ③ 회사 ④ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다. ⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.	<p>이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 질병당 보험가입금액(1,000만원)의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>③ 회사는 하나의 질병으로 인한 입원의료비는 최초 입원일로부터 보험기간 종료일까지 보상합니다.</p> <p>④ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다.</p> <p>⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.</p> <div data-bbox="478 1294 1206 1608"> <p style="text-align: center;"><보상기간 예시></p> </div> <p>⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받</p>

보장 종목	보상하는 사항
	<p>고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.</p> <p>⑦ 회사는 피보험자가 임신, 출산 및 산후기 관련 질환(별표3 임신, 출산 및 산후기 질환분류표 참조)으로 인하여 병원 또는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 조산원에 입원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조(정의)에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능 회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등) 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제6항에 따라 보상합니다.</p>

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조 (보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 질	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.

보장 종목	보상하지 않는 사항
병 입 원	<ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
(1) 질 병 입 원	<p>② 회사는 제7차 ‘한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)’에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류부호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신 및 행동 장애(F04~F99) (다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98 과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다) 2. 여성생식관의 비염증성 장애로 인한 습관적 유산, 여성불임 및 인공수정과 관련된 합병증(N96~N98)

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 질 병 입 원	<p>3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산 후기로 입원한 경우(O00~O99)</p> <p>4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)</p> <p>5. 비만(E66)</p> <p>6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)</p> <p>7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)</p> <p>③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조(의료인)에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</p> <p>2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)</p> <p>3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</p> <p>4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상함</p>

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 질 병 입 원	<p>니다.</p> <p>5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 단순한 피로 또는 권태</p> <p>나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(보험가입당시 피보험자로 될 자가 태아인 경우 볼록 모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환</p> <p>다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 9 조(비급여대상) 제 1 항([별표 2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환</p> <p>7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p>

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 질 병 입 원	<p>8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체 의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치 료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내 반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검 수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합 니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험 법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 ‘여성형 유방증’을 수술하면서 그 일련의 과정으 로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개 선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정 술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>9. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련 이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의</p>

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 질 병 입 원	<p>료비는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)질병입원 제 1 항 및 제 3 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다.</p> <p>11. 인체면역결핍바이러스(HIV)병으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료 중 혈액에 의한 HIV 병은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)</p> <p>12. 「국민건강보험법」 제 42 조(요양기관)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p>
(2) 상 해 입 원	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.</p> <p>2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.</p> <p>3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.</p> <p>4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원한 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우</p> <p>6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적으로 입원</p>

보장 종목	보상하지 않는 사항
(2) 상 해 입 원	<p>하여 발생한 입원의료비</p> <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승 <p>③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조(의료인)에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험

보장 종목	보상하지 않는 사항
(2) 상 해 입 원	<p>공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액 (본인부담금 상한제)</p> <p>3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</p> <p>4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검</p>

보장 종목	보상하지 않는 사항
(2) 상 해 입 원	<p>수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 ‘여성형 유방증’을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>8. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (2)상해입원 제 1 항, 제 2 항 및 제 4 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다.</p> <p>10. 「국민건강보험법」 제 42 조(요양기관)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p>

보장 종목	보상하지 않는 사항
(3) 산 과 입 원	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 <p>② 회사는 제7차 ‘한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)’에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>제 8 차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류부호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신 및 행동 장애(F04~F99) 2. 여성생식관의 비염증성 장애로 인한 습관적 유산, 여성불임 및 인공수정과 관련된 합병증(N96~N98) 3. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 4. 비만(E66)

보장 종목	보상하지 않는 사항
(3) 산 과 입 원	<p>5. 요실금(N39.3, N39.4, R32)</p> <p>6. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)</p> <p>7. 모자보건법 제 2 조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하여 발생한 비용</p> <p>③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</p> <p>2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)</p> <p>3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</p> <p>4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자</p>

보장 종목	보상하지 않는 사항
(3) 산 과 입 원	<p>확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 단순한 피로 또는 권태</p> <p>나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환</p> <p>다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면 무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 9 조(비급여대상) 제 1 항([별표 2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환</p> <p>7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방 확대·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등</p>

보장 종목	보상하지 않는 사항
(3) 산 과 입 원	<p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>9. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (3)산과입원 제 1 항 및 제 3 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다.</p> <p>11. 인체면역결핍바이러스(HIV)병으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료 중 혈액에 의한 HIV 병은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)</p> <p>12. 「국민건강보험법」 제 42 조(요양기관)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p>

제5조 (기본형 실손의료보험에서 보상하지 않는 사항)

① 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에

도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 기본형 실손의료보험의 보장종목 중 질병입원, 질병통원, 상해입원, 상해통원에서는 보상하지 않습니다.

1. 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
 2. 비급여 주사료(다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀 의약품은 보상합니다)
 3. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여 의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)
 4. 제 1 호, 제 2 호, 제 3 호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비
- ② 제1항 제1호에서 제4호까지 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제4관 보험금의 지급

제6조 (보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조 (보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서[진료비계산서, 진료비 세부내역서, 진단서, 진료비영수증, 의사처방전등]
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 책임준비금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사

4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제 5 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제 7 항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
 - ④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 (별표 2)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.
 - ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제12조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
 - ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의를 요청할 경우 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
 - ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보장종목별 보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제

3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.
- ⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

제9조 (주소변경의 통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진

단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 고지의무와 같으며, 이하 “계약 전 알릴 의무”라 합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 (상해보험계약 후 알릴 의무 등)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체 없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경

가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우

나. 직업이 없는 자가 취직한 경우

다. 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】

1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일

2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함

예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】

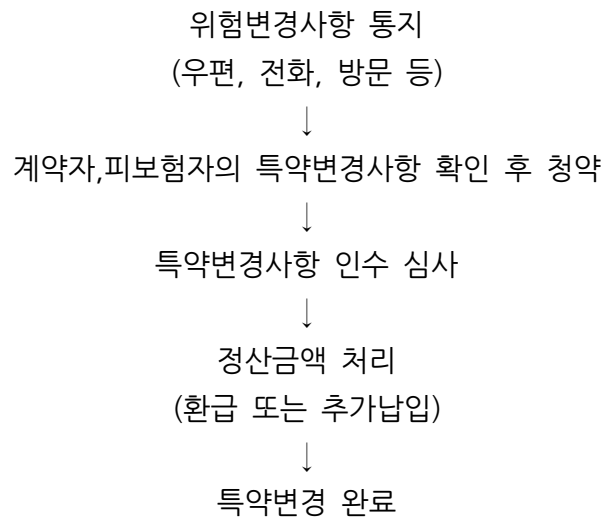
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제19조(특약내용의 변경 등)에 따라 특약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 특약변경 절차】



- ③ 회사는 제2항에 따라 특약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경

우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래 대로 지급합니다.

- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우에 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제12조 (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자나 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제 10 조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
 - 2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제 11 조(상해보험계약 후 알릴 의무 등) 제 1 항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 제 1 회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2 년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1 년)이 지났을 때
3. 이 특약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지할 수 있습니다.
4. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
 - 나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
 - 다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유하였을 때

[사례]

보험계약을 청약하면서 보험을 모집한 자(보험설계사 등)에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험을 모집한 자(보험설계사 등)에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하

더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

- ③ 제1항 제1호에 따른 특약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 '반대 증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다'라는 문구와 함께 서면 등으로 알려 드립니다.
- ④ 제1항 제2호에 따른 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제11조(상해보험계약 후 알릴 의무 등) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제3항 및 제4항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제13조 (사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나 청약일 이전에 암 또는 인체면역결핍바이러스(HIV)병의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이

미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제6관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후 매월 계약해당일에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 주계약이 해지(解止), 무효, 취소된 경우 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 이 특약의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 피보험자가 사망한 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다. 책임준비금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표2) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[책임준비금]

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

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지

않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)는 예외로 합니다.

④ 제3항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

⑤ 제3항의 경우에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제16조(피보험자의 범위) 제1항 제2호 및 제3호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑥ 제16조(피보험자의 범위) 제3항에 따라 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제15조 (특약의 보장개시일)

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제14조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때부터

이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제16조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에서 정한 사람 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 사람으로 합니다.
 - 1. 주계약의 피보험자 (다만, 주계약이 2 명보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 하며, 이하 같습니다)
 - 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 “배우자”라고 합니다), 직계 비속의 배우자, 배우자의 직계존속
 - 3. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 직계비속, 직계존속, 형제, 자매
- ② 이 특약을 체결할 때 제1항에서 정한 피보험자에 해당되는 사람은 그 해당된 날에 피보험자의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 그 날부터 피보험자의 자격을 상실하며(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외합니다), 더 이상 보상하지 않습니다. 이 경우 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 제3항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 6개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않으며 계속하여 보상합니다.

제17조 (약관 교부 및 설명 의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용

을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매 계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 받아 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문하거나 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ② 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제 1 항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
 2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(자필서명에는 도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제

2 조(정의) 제 2 호에 또는 제 3 호에 따른 전자서명 또는
공인전자서명을 포함합니다)

- ③ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ④ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

[약관의 중요한 내용]

보험업법 시행령 제42조의2(설명의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 주계약 및 특약별로 보장하는 사망, 질병, 상해 등 주요 위험 및 보험금
- 청약의 철회에 관한 사항
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

제18조 (특약의 무효)

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한

계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

- ② 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효가 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제19조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 받아 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다. 다만, 이 특약은 보험가입금액의 감액이 적용되지 않습니다.
- ② 주계약을 감액완납보험으로 변경하는 경우 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 않습니다.

[감액완납보험]

더 이상 보험료를 납입하지 않는 대신 해지환급금을 재원으로 당초 보험계약의 보험기간과 보험금 등의 지급조건은 변경하지 않고 보험가입금액만 감액하는 보험을 말합니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 피보험자가 퇴직 또는 기타 사유에 의하여 피보험단체(보험대상단체)로부터 탈퇴하는 경우 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제20조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보

험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제7관 보험료의 납입

제21조 (특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제22조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받

지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

- ② 계약자가 제2회 부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 특약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
 - 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.
- ④ 회사는 제3항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제23조 [“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에만 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제22조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제24조 [“강제집행 등으로 해지된 특약”의 특별부활(효력회복)]

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권 실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아

계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제19조(특약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

- ② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 인하여 민법에서 정한 상속순위에 따라 상속을 받는 자를 말합니다.

- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제8관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제25조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제26조 (중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 회사에게 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 사실을 계약자에게 통지합니다.

제27조 (회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.

제28조 (해지환급금)

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제9관 다수보험의 처리 등

제29조 (다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

■ [비례분담액 계산 예시]

각 계약별 비례분담액 =

(각 계약의 보상대상의료비 중 최고액
- 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액)

$$\times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}}$$

제30조 (연대책임)

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의

지급을 다수보험이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 특약의 지급 한도 내에서 지급합니다.

- ② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제10관 분쟁의 조정 등

제31조 (분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자나 그 밖의 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제32조 (관할법원)

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

제33조 (소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권 및 책임준비금 반환청구권은 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효]

제3조(보장종목별 보상내용)에 따른 보험금 지급사유가 2015

년 1월 1일에 발생하였음에도 2017년 12월 31일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못합니다.

제34조 (약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제35조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약에 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제36조 (회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

사회통념상 일반 보통인이라면 결코(실수로도) 그 같은 일을 하지 않을 정도로 타당성을 잃은 것을 말합니다.

회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

- ④ 회사가 제17조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제4항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다
- ⑤ 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 특약의 계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 특약의 계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제11관 기타사항 등

제37조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대해서는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
주계약	주된 보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
회사	보험회사
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
주피보험자	주된 피보험자
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
연단위복리	<div>회사가 지급할 금액에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법</div> <div>[연단위 복리 예시] 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액 - 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$ - 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금}} \times 10\% = 11\text{원}$ → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원</div>
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액

용어	정의
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정' 제2조(공휴일)에 따른 공휴일 및 동규정 제3조(대체공휴일)에 따른 대체공휴일과 근로자의 날은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 면허를 가진 사람
의료기관	「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분
병원	「국민건강보험법」 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원을 말하며, 조산원은 제외
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
(입원의 정의 중) 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원 시 병실료 산정에 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등

용어	정의
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방방은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖의 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름

용어	정의
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함
보상대상의료비	피보험자가 실제로 부담한 의료비 - 보상제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 실제 사용병실과 기준 병실과의 병실료 차액 중 회사가 보장하지 않는 금액
보상책임액	(보상대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
도수치료	치료자가 손(정형용 고정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증 감소를 위하여 실시하는 치료행위 * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 (체외충격파쇄석술은 제외)
증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화된 것을 유도하는 치료행위
주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘조직세포의 기능용 의약품’ 중 ‘종양용약’과 ‘조직세포의 치료 및 진단 목적제제’* * 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.

용어	정의
항생제(항진균제 포함)	<p>식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘항병원생물성 의약품’ 중 ‘항생물질 제제’와 ‘화학요법제’, ‘기생동물에 대한 의약품 중 항원 충제’*</p> <p>* 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.</p>
희귀의약품	<p>식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품*</p> <p>* 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.</p>
자기공명영상진단	<p>자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA)</p> <p>* 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함</p> <p>(보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」상의 MRI 범주에 따름)</p>

(별표 2)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제 14 조 제 3 항 및 제 8 조 제 4 항 관련)

구분	기간	지급이자
보험금 (제 3 조) 책임준비금 (제 14 조 제 3 항)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가 산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가 산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후기간	보험계약대출이율 + 가 산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제 33 조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(보험금 등의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표3)

임신, 출산 및 산후기 관련 질환분류표

약관에서 규정하는 임신, 출산 및 산후기 관련 질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류부호
유산된 임신(인공 임신중절 제외)	
1. 자궁외임신	O00
2. 포상기태	O01
3. 기타 비정상적 수태부산물	O02
4. 자연 유산	O03
5. 의학적 유산	O04
6. 기타 유산	O05
7. 상세불명의 유산	O06
8. 시도된 유산의 실패	O07
9. 유산, 자궁외임신 및 기태임신에 따른 합병증	O08
임신, 출산 및 산후기의 부종, 당뇨병 및 고혈압성 장애	
10. 임신, 출산 및 산후기에 합병된 전에 있던 고혈압	O10
11. 만성 고혈압에 겹친 전자간	O11
12. 고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발] 부종 및 당뇨병	O12
13. 임신[임신-유발]고혈압	O13
14. 전자간	O14
15. 자간	O15
16. 상세불명의 산모고혈압	O16
주로 임신과 관련된 기타 산모장애	

분류항목	분류부호
17. 초기임신중 출혈	O20
18. 임신중 과다구토	O21
19. 임신중 정맥합병증 및 치핵	O22
20. 임신중 비뇨생식관의 감염	O23
21. 임신중 당뇨병	O24
22. 임신중 영양실조	O25
23. 주로 임신에 관련된 기타 병태의 산모관리	O26
24. 산모의 출산전 선별검사의 이상소견	O28
25. 임신중 마취의 합병증	O29
태아와 양막강 그리고 가능한 분만문제에 관련된 산모관리	
26. 다태임신	O30
27. 다태임신에 특이한 합병증	O31
28. 태아의 알려진 또는 의심되는 이상태위에 대한 산모관리	O32
29. 알려진 또는 의심되는 불균형에 대한 산모관리	O33
30. 골반기관의 알려진 또는 의심되는 이상에 대한 산모관리	O34
31. 알려진 또는 의심되는 태아 이상 및 손상에 대한 산모관리	O35
32. 기타 알려진 또는 의심되는 태아문제에 대한 산모관리	O36
33. 양수과다증	O40
34. 양수 및 양막의 기타 장애	O41
35. 양막의 조기파열	O42
36. 태반 장애	O43
37. 전치태반	O44
38. 태반의 조기분리[태반조기박리]	O45

분류항목	분류부호
39. 달리 분류되지 않은 분만전 출혈	O46
40. 가진통	O47
41. 지연임신	O48
진통 및 분만의 합병증	
42. 조기진통 및 분만	O60
43. 유도분만의 실패	O61
44. 분만힘의 이상	O62
45. 지연진통	O63
46. 태아의 이상태위로 인한 난산	O64
47. 산모골반이상으로 인한 난산	O65
48. 기타 난산	O66
49. 달리 분류되지 않은 분만중 출혈이 합병된 진통 및 분만	O67
50. 태아스트레스[절박]가 합병된 진통 및 분만	O68
51. 태출합병증이 합병된 진통 및 분만	O69
52. 분만중 회음열상	O70
53. 기타 산과적 외상	O71
54. 분만후 출혈	O72
55. 출혈이 없는 잔류 태반 및 양막	O73
56. 진통 및 분만중 마취의 합병증	O74
57. 달리 분류되지 않은 진통 및 분만의 기타 합병증	O75
분만	
58. 단일자연분만	O80
59. 집게 및 진공흡착기에 의한 단일분만	O81
60. 제왕절개에 의한 단일분만	O82

분류항목	분류부호
61. 기타 보조단일분만	083
62. 다태분만	084
주로 산후기에 관련된 합병증	
63. 산후기 패혈증	085
64. 기타 산후기감염	086
65. 산후기중 정맥합병증 및 치핵	087
66. 산과적 색전증	088
67. 산후기중 마취의 합병증	089
68. 달리 분류되지 않은 산후기의 합병증	090
69. 출산과 관련된 유방의 감염	091
70. 출산과 관련된 유방 및 수유의 기타 장애	092
달리 분류되지 않은 기타 산과적 병태	
71. 임신, 출산 및 산후기 합병증의 후유증	094
72. 상세불명의 원인에 의한 산과적 사망	095
73. 분만후 42일 초과 1년 이내에 일어난 모든 산과적 원인에 의한 사망	096
74. 산과적 원인의 후유증에 의한 사망	097
75. 달리 분류될 수 있지만 임신, 출산 및 산후기에 합병된 산모의 감염성 및 기생충성 질환	098
76. 달리 분류될 수 있지만 임신, 출산 및 산후기에 합병된 기타 산모질환	099

※ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 위의 질병 이외에 추가로 위의 분류부호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

무배당 기본형 실손통원의료비특약
약 관

이 특약의 약관은 무배당 기본형 실손통원의료비특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 기본형 실손통원의료비특약 약관 [표준형. 선택형 II]

실손의료보험은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 상품입니다.

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조 (보장종목)

- ① 회사가 판매하는 기본형 실손의료보험상품은 다음과 같이 질병입원형, 질병통원형, 상해입원형 및 상해통원형의 총 4개 이내의 보장종목으로 구성되어 있으며, 이 특약에서 계약자는 아래 2개 보장종목 중 한 가지 이상을 선택하여 가입할 수 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
질병통원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
상해통원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

- ② 제1항에도 불구하고 계약자가 이 특약에서 보장종목(질병통원형, 상해통원형)을 선택하여 가입할 경우 보장종목(질병통원형, 상해통원형)별로 다음 중 한 가지 형태를 선택하여 가입할 수 있습니다.

- 질병통원형 : 질병통원형 I, 질병통원형 II
- 상해통원형 : 상해통원형 I, 상해통원형 II

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용하는 용어의 뜻은 (별표 1)과 같습니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

제3조 (보장종목별 보상내용)

회사가 이 특약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보장 종목		보상하는 사항						
(1) 질 병 통 원	① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.							
	<table><tr><th colspan="2">구분</th><th>보 상 한 도</th></tr><tr><td>질 병 통 원 형 I</td><td>외래</td><td>방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여^{주)}’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 20만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)</td></tr></table>			구분		보 상 한 도	질 병 통 원 형 I	외래
구분		보 상 한 도						
질 병 통 원 형 I	외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 ^{주)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 20만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)						
(1) 질								

보장 종목		보상하는 사항	
병 통 원			처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 ^{주)} ’를 포함한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 10만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 을 한도로 합니다)
	질 병 통 원 형 II	외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 ^{주)} ’를 포함한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 25만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)
		처방 조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 ^{주)} ’를 포함한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 5만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 을 한도로 합니다)
(1) 질			

보장 종목	보상하는 사항		
<div>병 통 원</div> <div>(1) 질</div>	<div>주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)</div> <div>〈표1〉 ‘항목별 공제금액’</div>		
	<div>표 준 형</div> <div>외래 (외래제 비용 및 외래 수술비 합계)</div>	<div>구 분</div> <div>항 목</div> <div>「의료법」 제3조(의료기관) 제2항 제1호에 따른 의원, 치과 의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조(보건소의 설치), 제12조(보건의료원) 및 제13조(보건지소의 설치)에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조(보건진료소의 설치·운영)에 따른 보건진료소</div>	<div>공제금액</div> <div>1 만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액</div>
		<div>「의료법」 제3조(의료기관) 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</div>	<div>1만 5천원과 보상대 상의료비의 20% 중</div>

보장 종목	보상하는 사항				
병 통 원 (1) 질	표 준 형			큰 금액	
			「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제2항에 따른 전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원	2만원과 보 상대상의료 비의 20% 중 큰 금액	
		처방 조제비	「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한 국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의 약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보 상대상의료 비의 20% 중 큰 금액	
	선 택 형 Ⅱ	외래 (외래제 비용 및 외래수 술비 합계)	「의료법」 제3조(의료기관) 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조(보건소의 설치), 제12조(보건의료원) 및 제13조(보건지소의 설치)에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조(보건진료소의 설치·운영)에 따른 보건진료소	1만원과 공 제기준금액 (보상대상의 료비 중 급 여의 10% 에 해당하 는 금액과 비급여의 20%에 해 당하는 금	

보장 종목	보상하는 사항				
(1) 질	선택 형 II	외래 (외래제 비용 및 외래수 술비 합계)		액을 합한 금액) 중 큰 금액	
			「의료법」 제3조(의료기관) 제2 항 제3호에 따른 종합병원, 병 원, 치과병원, 한방병원, 요양 병원	1만5천원과 공제기준금 액(보상대상 의료비 중 급여의 10%에 해 당하는 금 액과 비급 여의 20% 에 해당하 는 금액을 합한 금액) 중 큰 금액	
			「국민건강보험법」 제42조(요양 기관) 제2항에 따른 전문요양 기관 또는 「의료법」 제3조의 4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원	2만원과 공 제기준금액 (보상대상의 료비중 급 여의 10% 에 해당하 는 금액과	

보장 종목		보상하는 사항	
병 통 원			비급여의 20%에 해 당하는 금 액을 합한 금액) 중 큰 금액
	선택 형 II	처방 조제비 「국민건강보험법」 제42조(요양 기관) 제1항 제2호에 따른 약 국, 같은 항 제3호에 따른 한 국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의 약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공 제기준금액 (보상대상 의료비 중 급여의 10%에 해 당하는 금 액과 비급 여의 20%에 해 당하는 금 액을 합한 금액) 중 큰 금액

② 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용
받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양
급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부 장관이
정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본

(1) 질

보장 종목	보상하는 사항
병 통 원	<p>인이 실제로 부담한 금액에서 <표1> ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액의 40%를 다음 금액의 한도 내에서 보상합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 질병통원형Ⅰ : 통원의료비 중 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원 - 질병통원형Ⅱ : 통원의료비 중 외래의 경우 1회당 25만원, 처방조제비의 경우 1건당 5만원 <p>③ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다.</p> <div data-bbox="466 1164 1195 1482" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;"><보상기간 예시></p> <p style="text-align: center;"> 계약일 (2018.01.01) 계약종료일 (2018.12.31) 보상종료 (2018.06.29) </p> </div> <p>④ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 질병으로 약국에서 2회 이상 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항 및 제3항을 적용</p>

보장 종목	보상하는 사항
병 통 원	<p>합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.</p> <p>⑤ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다.</p> <p>⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.</p> <p>⑦ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조(정의)에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등) 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제6항에 따라 보상합니다.</p>
(2) 상	<p>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다</p>

보장 종목	보상하는 사항		
해 통 원 (2) 상	음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.		
	구분		보 상 한 도
	상 해 통 원 형 I	외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 ^{주)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다.)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 20만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)
		처방 조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 ^{주)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다.)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 10만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)
	상 해 통 원 형 II	외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 ^{주)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다.)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 25만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문

보장 종목	보상하는 사항									
해 통 원	상 해 통 원 형 Ⅱ		180회를 한도로 합니다)							
	처방 조제비		처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 ^{주)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 5만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)							
<p>주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)</p> <p><표1> ‘항목별 공제금액’</p> <table> <tr> <th data-bbox="485 1424 643 1514">구 분</th><th data-bbox="643 1424 1032 1514">항 목</th><th data-bbox="1032 1424 1206 1514">공제금액</th></tr> <tr> <td data-bbox="485 1514 549 1680">(2) 표 상</td><td data-bbox="549 1514 1032 1680">외래 (외래제비용) 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항 제1호에 따른 의원, 치과 의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」</td><td data-bbox="1032 1514 1206 1680">1 만원과 보상대상 의료비의 20% 중</td></tr> </table>					구 분	항 목	공제금액	(2) 표 상	외래 (외래제비용) 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항 제1호에 따른 의원, 치과 의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」	1 만원과 보상대상 의료비의 20% 중
구 분	항 목	공제금액								
(2) 표 상	외래 (외래제비용) 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항 제1호에 따른 의원, 치과 의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」	1 만원과 보상대상 의료비의 20% 중								

보장 종목	보상하는 사항				
해 통 원 (2) 상	준 형 표 준 형	및 외래 수술비 합계)	제10조(보건소의 설치), 제12조(보건의료원) 및 제13조(보건지소의 설치)에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조(보건진료소의 설치·운영)에 따른 보건진료소	큰 금액	
			「의료법」 제3조(의료기관) 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액	
			「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제2항에 따른 전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의 4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액	
		처방 조제비	「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액	

보장 종목		보상하는 사항		
해 통 원	선 택 형 Ⅱ	외래 (외래제 비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조(의료기관) 제2 항 제1호에 따른 의원, 치과 의원, 한의원, 같은 항 제2호 에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조(보건소의 설치), 제12 조(보건의료원) 및 제13조(보 건지소의 설치)에 따른 보건 소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조(보건진료 소의 설치·운영)에 따른 보건 진료소	1만원과 공 제기준금액 (보상대상의 의료비 중 급여 의 10%에 해당하는 금 액과 비급여 의 20%에 해당하는 금 액을 합한 금 액) 중 큰 금 액
				1만5천원과 공제기준금 액(보상대상 의료비 중 급여의 10%에 해 당하는 금액 과 비급여의 20%에 해 당하는 금액 을 합한 금 액) 중 큰

보장 종목		보상하는 사항		
해 통 원	선 택 형 II	외래 (외래제 비용 및 외래 수술비 합계)	「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제2항에 따른 전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원	금액
				2만원과 공제기준금액 (보상대상의료비 중 급여의 10%에 해당하는 금액과 비급여의 20%에 해당하는 금액을 합한 금액) 중 큰 금액
		처방 조제비	「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준금액 (보상대상의료비 중 급여의 10%에 해당하는 금액과 비급여의 20%
(2) 상				

보장 종목	보상하는 사항				
해 통 원				에 해당하는 금액을 합한 금액) 중 큰 금액	
	<p>② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.</p> <p>③ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1> ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액의 40%를 다음 금액의 한도 내에서 보상합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 상해통원형Ⅰ : 통원의료비 중 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원 - 상해통원형Ⅱ : 통원의료비 중 외래의 경우 1회당 25만원, 처방조제비의 경우 1건당 5만원 <p>(2) ④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대해서는 보험기간</p>				

보장 종목	보상하는 사항
해 통 원	기등 이식에 관한 법률」 제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등) 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제6항에 따라 보상합니다.

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조 (보상하지 않는 사항)

회사가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 질 병 통 원	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 질병 통원	<p>4. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비</p> <p>② 회사는 제7차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)에 있어서 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.</p> <p>제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류부호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신 및 행동 장애(F04~F99) (다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98 과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다) 2. 여성생식관의 비염증성 장애로 인한 습관적 유산, 여성불임 및 인공수정과 관련된 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64) <p>③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2 조(의료인)에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 질 병 통 원	<p>위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</p> <p>2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인 부담금 상한제)</p> <p>3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</p> <p>4. 건강검진(단, 검사결과 이상소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 단순한 피로 또는 권태</p> <p>나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점,</p>

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 질 병 통 원	<p>모반(보험가입당시 피보험자로 될 자가 태아인 경우 불꽃 모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환</p> <p>다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 9 조(비급여대상) 제 1 항([별표 2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환</p> <p>7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 ‘여성형 유방증’을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈</p>

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 질 병 통 원	<p>와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각 계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목 적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정 술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>9. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련 이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료 비는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)질병통원 제 1 항 및 제 3 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다.</p> <p>11. 인체면역결핍바이러스(HIV)병으로 인한 치료비(다 만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료 중 혈액에 의한 HIV 병은 해당 진료기록을 통해 객관적 으로 확인되는 경우는 보상합니다)</p> <p>12. 「국민건강보험법」 제 42 조(요양기관)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>13. 「응급의료에 관한 법률」및 동 시행규칙에서 정한 응 급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p>

보장 종목	보상하지 않는 사항
(2) 상 해 통 원	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글

보장 종목	보상하지 않는 사항
(2) 상 해 통 원	<p>라이딩</p> <p>2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상합니다)</p> <p>3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승</p> <p>③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아 관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조(의료인)에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</p> <p>2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인 부담금 상한제)</p> <p>3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</p> <p>4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는</p>

보장 종목	보상하지 않는 사항
(2) 상 해 통 원	<p>상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장 촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 ‘여성형 유방증’을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p>

보장 종목	보상하지 않는 사항
(2) 상 해 통 원	<p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>8. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (2)상해통원 제 1 항, 제 2 항 및 제 4 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다.</p> <p>10. 「국민건강보험법」 제 42 조(요양기관)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p>

제5조 (기본형 실손의료보험에서 보상하지 않는 사항)

- ① 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 기본형 실손의료보험에서 보상하지 않습니다.

1. 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
 2. 비급여 주사료(다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀 의약품은 보상합니다)
 3. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여 의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)
 4. 제 1 호, 제 2 호, 제 3 호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비
- ② 제1항 제1호에서 제4호까지 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제4관 보험금의 지급

제6조 (보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조 (보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서[진료비계산서(통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 진단서, 진료비영수증, 의사처방전(약국에서 조제 투약한 경우에 한함)등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 책임준비금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사

- 5. 제 5 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
- 6. 제 7 항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 (별표 2)에서 정한 비율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제12조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의를 요청할 경우 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보장종목별 보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전

문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.
- ⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

제9조 (주소변경의 통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고

있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 고지의무와 같으며, 이하 “계약 전 알릴 의무”라 합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 (상해보험계약 후 알릴 의무 등)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체 없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경

가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우

나. 직업이 없는 자가 취직한 경우

다. 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】

1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일

2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함

예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】

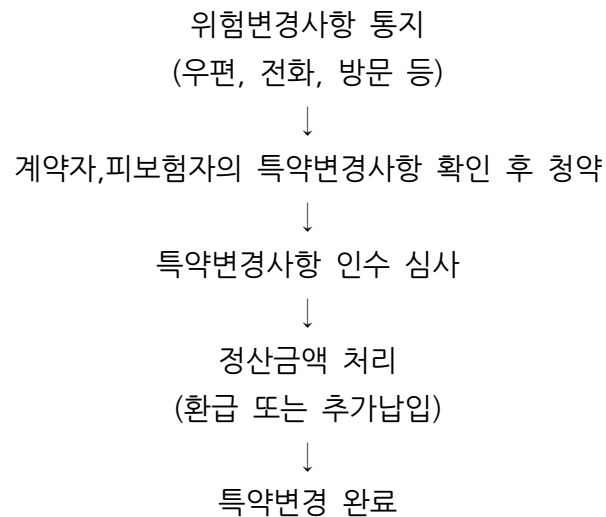
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제20조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 특약변경 절차】



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

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

제12조 (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자나 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제 10 조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
 - 2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제 11 조(상해보험계약 후 알릴 의무 등) 제 1 항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 제 1 회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2 년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1 년)이 지났을 때
3. 이 특약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지할 수 있습니다.
4. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
 - 나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
 - 다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유하였을 때

[사례]

보험계약을 청약하면서 보험을 모집한 자(보험설계사 등)에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험을 모집한 자(보험설계사 등)에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하

더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

- ③ 제1항 제1호에 따른 특약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 '반대 증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다'라는 문구와 함께 서면 등으로 알려 드립니다.
- ④ 제1항 제2호에 따른 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제11조(상해보험계약 후 알릴 의무 등) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제3항 및 제4항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제13조 (사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나 청약일 이전에 암 또는 인체면역결핍바이러스(HIV)병의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제6관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후 매월 계약해당일에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 주계약이 해지(解止), 무효, 취소된 경우 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 이 특약의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 피보험자가 사망한 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다. 책임준비금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표2) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[책임준비금]

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

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지

않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)는 예외로 합니다.

- ④ 제3항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

- ⑤ 제3항의 경우에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제16조(피보험자의 범위) 제1항 제2호 및 제3호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.
- ⑥ 제16조(피보험자의 범위) 제3항에 따라 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제15조 (특약의 보장개시일)

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제14조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우에

는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제16조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에서 정한 사람 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 사람으로 합니다.
 1. 주계약의 피보험자 (다만, 주계약이 2 명보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 하며, 이하 같습니다)
 2. 주계약의 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 “배우자”라고 합니다), 직계 비속의 배우자, 배우자의 직계존속
 3. 주계약의 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 직계비속, 직계존속, 형제, 자매
- ② 이 특약을 체결할 때 제1항에서 정한 피보험자에 해당되는 사람은 그 해당된 날에 피보험자의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 그 날부터 피보험자의 자격을 상실하며(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외합니다), 더 이상 보상하지 않습니다. 이 경우 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 제3항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 6개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않으며 계속하여 보상합니다.

제17조 (약관 교부 및 설명 의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매 계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 받아 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문하거나 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ② 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제 1 항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우

2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(자필서명에는 도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제 2 조(정의) 제 2 호에 또는 제 3 호에 따른 전자서명 또는 공인전자서명을 포함합니다)

- ③ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ④ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

[약관의 중요한 내용]

보험업법 시행령 제42조의2(설명의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 주계약 및 특약별로 보장하는 사망, 질병, 상해 등 주요 위험 및 보험금
- 청약의 철회에 관한 사항
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

제18조 (특약의 무효)

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보

보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

- ② 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효가 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제19조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 받아 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다. 다만, 이 특약은 보험가입금액의 감액이 적용되지 않습니다.
- ② 주계약을 감액완납보험으로 변경하는 경우 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 않습니다.

[감액완납보험]

더 이상 보험료를 납입하지 않는 대신 해지환급금을 재원으로 당초 보험계약의 보험기간과 보험금 등의 지급조건은 변경하지 않고 보험가입금액만 감액하는 보험을 말합니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 피보험자가 퇴직 또는 기타 사유에 의하여 피보험단체(보험대상단체)로부터 탈퇴하는 경우 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제20조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제7관 보험료의 납입

제21조 (특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제22조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

- ② 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 특약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

1. 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용. 이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.

- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조(정의) 제

2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.

- ④ 회사는 제3항에 따른 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제23조 [“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에만 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약[다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함]이 소멸된 경우로서 제22조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이

특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제24조 [“강제집행 등으로 해지된 특약”의 특별부활(효력회복)]

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권 실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제19조(특약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 인하여 민법에서 정한 상속순위에 따라 상속을 받는 자를 말합니다.

- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

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

제8관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제25조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제26조 (중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 회사에게 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 사실을 계약자에게 통지합니다.

제27조 (회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.

제28조 (해지환급금)

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제9관 다수보험의 처리 등

제29조 (다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 통원의료비(외래), 통원의료비(처방조제)를 각각 구분하여 계산합니다.

■ [비례분담액 계산 예시]

각 계약별 비례분담액 =

(각 계약의 보상대상의료비 중 최고액
- 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액)

$$\times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}}$$

제30조 (연대책임)

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수보험이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 특약의 지급 한도 내에서 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제10관 분쟁의 조정 등

제31조 (분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자나 그 밖의 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제32조 (관할법원)

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

제33조 (소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권 및 책임준비금 반환청구권은 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효]

제3조(보장종목별 보상내용)에 따른 보험금 지급사유가 2015년 1월 1일에 발생하였음에도 2017년 12월 31일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못합니다.

제34조 (약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제35조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사제작의 보험안내자료(계약의 청약에 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계

약이 성립된 것으로 봅니다.

제36조 (회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

사회통념상 일반 보통인이라면 결코(실수로도) 그 같은 일을 하지 않을 정도로 타당성을 잃은 것을 말합니다.

회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

- ④ 회사가 제17조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제4항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다
- ⑤ 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 특약의 계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 특약의 계약일부터 손해배상

을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제11관 기타사항 등

제37조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대해서는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1)

용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
주계약	주된 보험계약
회사	보험회사
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
주피보험자	주된 피보험자
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
연단위복리	<div>회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법</div> <div>연단위 복리 예시] 원금 100원, 연간 10% 이자를 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액 - 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$ - 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금}} \times 10\% = 11\text{원}$ → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원</div>
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액

용어	정의
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정' 제2조(공휴일)에 따른 공휴일 및 동규정 제3조(대체공휴일)에 따른 대체공휴일과 근로자의 날은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 면허를 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 면허를 가진 사람
의료기관	「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분
병원	「국민건강보험법」 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원을 말하며, 조산원은 제외
약국	「약사법」 제2조(정의) 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등

용어	정의
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖의 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름

용어	정의
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함
보상대상의료비	피보험자가 실제로 부담한 의료비 - 보상제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액
보상책임액	(보상대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
도수치료	치료자가 손(정형용 고정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증 감소를 위하여 실시하는 치료행위 * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 (체외충격파쇄석술은 제외)
증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위
주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘조직세포의 기능용 의약품’ 중 ‘종양용약’과 ‘조직세포의 치료 및 진단 목적제제’* * 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.

용어	정의
항생제(항진균제 포함)	<p>식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘항병원생물성 의약품’ 중 ‘항생물질 제제’와 ‘화학요법제’, ‘기생동물에 대한 의약품 중 항원 충제’*</p> <p>* 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.</p>
희귀의약품	<p>식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품*</p> <p>* 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.</p>
자기공명영상진단	<p>자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA)</p> <p>* 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함</p> <p>(보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」상의 MRI 범주에 따름)</p>

(별표2)

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제14조 제3항 제8조 제4항
관련)**

구분	기간	지급이자
보험금 (제 3 조) 책임준비금 (제 14 조 제 3 항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이 내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제 33 조)가 완성
된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기
간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제 8 조(보험금의 지급절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나
에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적
용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하
는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 비급여 도수치료·체외충격파치료
·증식치료 실손의료비특약
약 관

이 특약의 약관은 무배당 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식
치료 실손의료비특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합
니다.

무배당 비급여 도수치료·체외충격파치료·
증식치료 실손의료비특약 약관

실손의료보험은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 상품입니다.

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조 (보장종목)

회사가 판매하는 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손 의료보험 특약(이하 “특약”이라 합니다)은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용
피보험자가 질병 또는 상해의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여 ^{주)} 「도수치료·체외충격파치료·증식치료」를 받은 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용하는 용어의 뜻은 (별표 1)과 같습니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

제3조 (보상내용)

회사가 이 특약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

- ① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 상해의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 도수치료·체외충격파치료·증식치료를 받은 경우 도수치료·체외충격파치료·증식치료를 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위로, 약제비, 치료재료대 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.

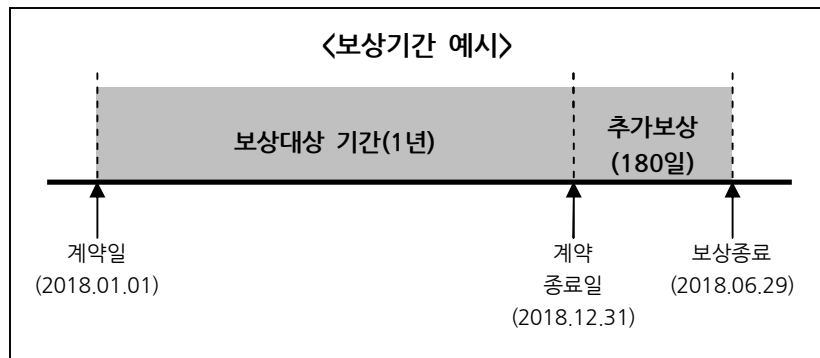
구 분	내 용
보상대상의료비	「도수치료·체외충격파치료·증식치료」로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위로, 약제비, 치료재료대 포함)
공제금액	1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 350만원 이내에서 50회 ^{주)} 까지 보상

주) 도수치료·체외충격파치료·증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 50회까지 보상합니다.

- ② 병원을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 이 특약에서 정한 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료 중 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1회로 보고 각각 제1항에서 정한 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
- ③ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구

되고 각 행위별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.

- ④ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다.



- ⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 도수치료·체외충격파치료·증식치료 비급여 의료비를 계산합니다.

- ⑦ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 도수치료·체외충격파치료·증식치료를 받은 경우, 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조(정의)에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등) 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제6항에 따라 보상합니다.

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조 (보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

- ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우

5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
 3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박 탑승
- ③ 회사는 제7차 ‘한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)’에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
- 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류부호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
1. 정신 및 행동 장애(F04~F99)
 2. 여성생식관의 비염증성 장애로 인한 습관적 유산, 여성불임 및 인공수정과 관련된 합병증(N96~N98)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.

4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)

④ 회사는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료[다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다]·한방치료[다만, 「의료법」 제2조(의료인)에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다]에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
2. 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반
[보험가입당시 피보험자로 될 자가 태아인 경우 불꽃모

반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다], 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음[수면무호흡(G47.3)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다], 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비

가. 쌍꺼풀수술[이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다], 코성형수술(융비술), 유방확대[다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다]·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 ‘여성형 유방증’을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사

용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
9. 인체면역결핍바이러스(HIV)병으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV병은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
10. 「국민건강보험법」 제42조(요양기관)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제4관 보험금의 지급

제5조 (보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제6조 (보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서[진료비계산서(통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 진단서, 진료비영수증, 의사처방전등]
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 책임준비금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제6조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정

일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 (별표 2)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회

사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의를 요청할 경우 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑧ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

제8조 (주소변경의 통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 고지의무와 같으며, 이하 “계약 전 알릴 의무”라 합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제10조 (상해보험계약 후 알릴 의무 등)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체 없이 회사에 알려야 합니다.

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

【직업】

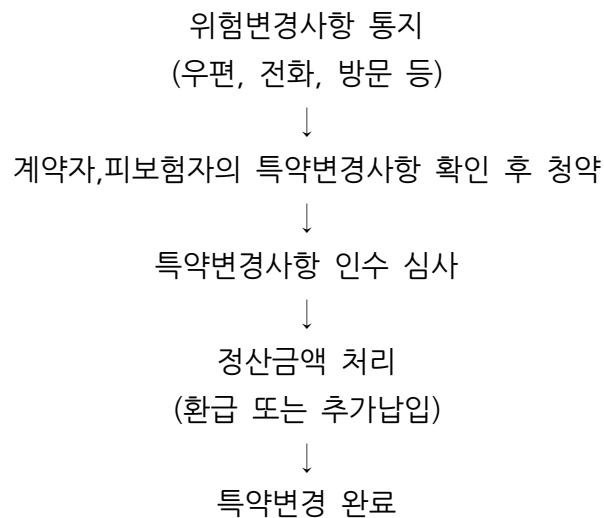
- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에서 오는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제18조(특약내용의 변경 등)에 따라 특약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 특약변경 절차】



- ③ 회사는 제2항에 따라 특약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금

액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

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

제11조 (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자나 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제9조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
 - 2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제10조(상해보험계약 후 알릴 의무 등) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을

때

② 제1항 제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
3. 이 특약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요 사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지할 수 있습니다.
4. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
 - 나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
 - 다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유하였을 때

[사례]

보험계약을 청약하면서 보험을 모집한 자(보험설계사 등)에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험을 모집한 자(보험설계사 등)에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

- ③ 제1항 제1호에 따른 특약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 ‘반대 증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다’라는 문구와 함께 서면 등으로 알려 드립니다.
- ④ 제1항 제2호에 따른 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제10조(상해보험계약 후 알릴 의무 등) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제3항 및 제4항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제12조 (사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나 청약일 이전에 암 또는 인체면역결핍바이러스(HIV)병의 진단 확정을

받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 특약이 성립 되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제6관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후 매월 계약해당일에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 주계약이 해지(解止), 무효, 취소된 경우 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 이 특약의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 피보험자가 사망한 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다. 책임준비금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표2) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[책임준비금]

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

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)는 예외로 합니다.

- ④ 제3항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

- ⑤ 제3항의 경우에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제15조(피보험자의 범위) 제1항 제

2호 및 제3호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

- ⑥ 제15조(피보험자의 범위) 제3항에 따라 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제14조 (특약의 보장개시일)

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에서 정한 사람 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 사람으로 합니다.
1. 주계약의 피보험자 (다만, 주계약이 2명보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 하며, 이하 같습니다)
 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 “배우자”라고 합니다), 직계비속의 배우자, 배우자의 직계존속
 3. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 직계비속, 직계존속, 형제, 자매
- ② 이 특약을 체결할 때 제1항에서 정한 피보험자에 해당되는 사람은 그 해당된 날에 피보험자의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 그 날부터 피보험자의 자격을 상실하며(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외합니다), 더 이상 보상하지 않습니다. 이 경우 계약

자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

- ④ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 제3항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 6개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않으며 계속하여 보상합니다.

제16조 (약관 교부 및 설명 의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매 계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 받아 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 - 1. 인터넷홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
 - 2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문하거나 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ② 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
 2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(자필서명에는 도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 또는 제3호에 따른 전자서명 또는 공인전자서명을 포함합니다)
- ③ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ④ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

약관의 중요한 내용]

보험업법 시행령 제42조의2(설명 의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

· 주계약 및 특약별로 보장하는 사망, 질병, 상해 등 주요 위험 및 보험금

- 청약의 철회에 관한 사항
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

제17조 (특약의 무효)

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.
- ② 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효가 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제18조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 받아 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다. 다만, 이 특약은 보험가입금액의 감액이 적용되지 않습니다.
- ② 주계약을 감액완납보험으로 변경하는 경우 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 않습니다.

[감액완납보험]

더 이상 보험료를 납입하지 않는 대신 해지환급금을 재원으로 당초 보험계약의 보험기간과 보험금 등의 지급조건은 변경하지 않고 보험가입금액만 감액하는 보험을 말합니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 피보험자가 퇴직 또는 기타 사유에 의하여 피보험단체(보험대상단체)로부터 탈퇴하는 경우 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제19조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제7관 보험료의 납입

제20조 (특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제21조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

- ② 계약자가 제2회 부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 특약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.
- ④ 회사는 제3항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제22조 [“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약

의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제21조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제23조 [“강제집행 등으로 해지된 특약”의 특별부활(효력회복)]

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권 실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제18조(특약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 인하여 민법에서 정한 상속순위에 따라 상속을 받는 자를 말합니다.

- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복)됩니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제8관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제24조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제25조 (중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 회사에게 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우
- 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 사실을 계약자에게 통지합니다.

제26조 (회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.

제27조 (해지환급금)

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제9관 다수보험의 처리 등

제28조 (다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

- ② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래), 통원의료비(처방조제)를 각각 구분하여 계산합니다.

■ [비례분담액 계산 예시]

각 계약별 비례분담액 =

(각 계약의 보상대상의료비 중 최고액
- 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액)

각 계약별 보상책임액

x

각 계약별 보상책임액을 합한 금액

제29조 (연대책임)

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수보험이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 특약의 지급 한도 내에서 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청

구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제10관 분쟁의 조정 등

제30조 (분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자나 그 밖의 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제31조 (관할법원)

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

제32조 (소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권 및 책임준비금 반환청구권은 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효]

제3조(보상내용)에 따른 보험금 지급사유가 2015년 1월 1일에 발생하였음에도 2017년 12월 31일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못합니다.

제33조 (약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제34조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약에 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제35조 (회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

사회통념상 일반 보통인이라면 결코(실수로도) 그 같은 일을 하지 않을 정도로 타당성을 잃은 것을 말합니다.
회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경

솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

- ④ 회사가 제16조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제4항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다
- ⑤ 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 특약의 계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 특약의 계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제11관 기타사항 등

제36조 (주계약 약관 및 기본형 실손의료비특약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대해서는 주계약 약관의 규정 및 이 특약과 함께 청약한 기본형 실손입원의료비특약 및 기본형 실손통원의료비특약(이하 “기본형 실손의료비특약”이라 합니다)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
주계약	주된 보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
회사	보험회사
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
주피보험자	주된 피보험자
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
연단위복리	<div>회사가 지급할 금액에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법</div> <div>[연단위 복리 예시] 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액 - 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$ - 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금}} \times 10\% = 11\text{원}$ → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원</div>
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액

용어	정의
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정' 제2조(공휴일)에 따른 공휴일 및 동규정 제3조(대체공휴일)에 따른 대체공휴일과 근로자의 날은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 면허를 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 면허를 가진 사람
의료기관	「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분
병원	「국민건강보험법」 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원을 말하며, 조산원은 제외
약국	「약사법」 제2조(정의) 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
(입원의 정의 중) 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원 시 병실료 산정에 적용하는 기준이 되는 병실

용어	정의
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방방은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송

용어	정의
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖의 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함
보상대상의료비	피보험자가 실제로 부담한 의료비 - 보상제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 실제 사용병실과 기준 병실과의 병실료 차액 중 회사가 보장하지 않는 금액
보상책임액	(보상대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액

용어	정의
도수치료	<p>치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증 감소를 위하여 실시하는 치료행위</p> <p>* 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함</p>
체외충격파치료	<p>체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 (체외충격파쇄석술은 제외)</p>
증식치료	<p>근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위</p>

(별표 2)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제 13 조 제 3 항 제 7 조 제 4 항 관련)

구분	기간	지급이자
보험금 (제 3 조) 책임준비금 (제 13 조 제 3 항)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가 산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가 산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후기간	보험계약대출이율 + 가 산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제 32 조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제7조(보험금 등의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 비급여 주사료 실손의료비특약
약 관

이 특약의 약관은 무배당 비급여 주사료 실손의료비특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 비급여 주사료 실손의료비특약 약관

실손의료보험은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 상품입니다.

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조 (보장종목)

회사가 판매하는 비급여 주사료 실손의료보험 특약(이하 “특약”이라 합니다)은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용
피보험자가 질병 또는 상해의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여 ^{주)} 에 해당하는 주사료를 부담하는 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용하는 용어의 뜻은 (별표 1)과 같습니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

제3조 (보상내용)

회사가 이 특약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

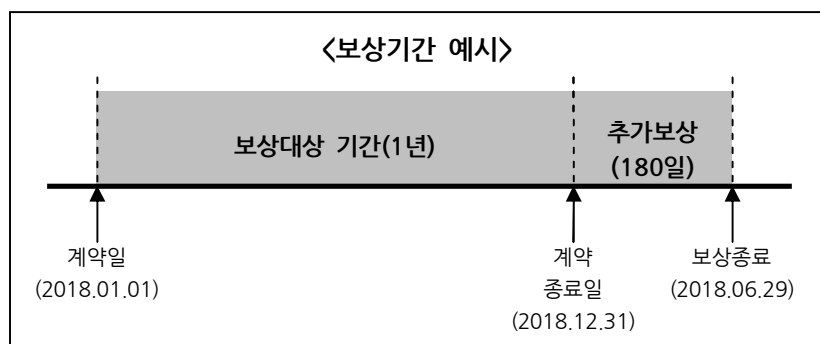
- ① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 상해의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.

구 분	내 용
보상대상의료비	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료
공제금액	입원·통원 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 250만원 이내에서 입원과 통원을 합산하여 50회까지 보상

- ② 제1항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 이 특약과 함께 청약한 기본형 실손입원의료비특약 및 기본형 실손통원의료비특약(이하 “기본형 실손의료비특약”이라 합니다)의 보상내용에 따라 보상합니다.
- ③ 병원을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 제1항에서 정한 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
- ④ 제3항에서 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 질병 또는 상해 치료목적으로 퇴원 당일 다른 병원으로 옮

겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 질병 또는 상해로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다.

- ⑤ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액을 결정하기 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.
- ⑥ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여횟수를 한도로 적용합니다.



- ⑧ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 비급여 주사료를 계산합니다.
- ⑨ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 주사치료를 받은 경우, 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조(정의)에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등) 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조 (보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

- ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 - 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
 5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
 3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박 탑승
- ③ 회사는 제7차 ‘한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)’에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
- 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류부호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
1. 정신 및 행동 장애(F04~F99)
 2. 여성생식관의 비염증성 장애로 인한 습관적 유산, 여성불임 및 인공수정과 관련된 합병증(N96~N98)

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)
- ④ 회사는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료[다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다]·한방치료[다만, 「의료법」 제2조(의료인)에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다]에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
 2. 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.

4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반 [보험가입당시 피보험자로 될 자가 태아인 경우 불꽃모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다], 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음[수면무호흡(G47.3)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다], 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosi), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술[이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다], 코성형수술(융비술), 유방확대[다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다]·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 ‘여성형 유방증’을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

- 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 9. 인체면역결핍바이러스(HIV)병으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV병은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
 10. 「국민건강보험법」 제42조(요양기관)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
 11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
 12. 증식치료로 인하여 발생하는 주사료 및 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생하는 약제비 또는 조영제에 해당하는 의료비

제4관 보험금의 지급

제5조 (보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제6조 (보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서[진료비계산서(통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 진단서, 진료비영수증, 의사처방전등]
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 책임준비금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제6조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에

보험금을 지급합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.
 - 1. 소송제기
 - 2. 분쟁조정 신청
 - 3. 수사기관의 조사
 - 4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 - 6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 (별표 2)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사

유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의를 요청할 경우 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑧ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

제8조 (주소변경의 통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린

최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 고지의무와 같으며, 이하 “계약 전 알릴 의무”라 합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제10조 (상해보험계약 후 알릴 의무 등)

- ① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체 없이 회사에 알려야 합니다.
 - 1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】

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

【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제18조(특약내용의 변경 등)에 따라 특약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 특약변경 절차】

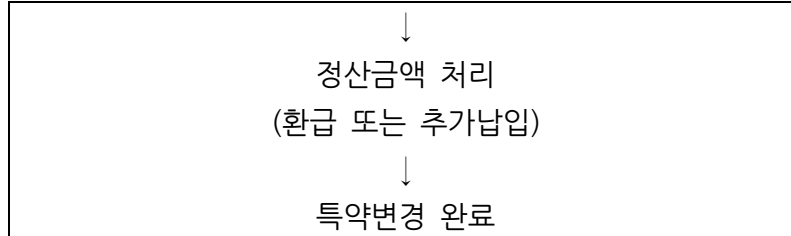
위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)



계약자, 피보험자의 특약변경사항 확인 후 청약



특약변경사항 인수 심사



- ③ 회사는 제2항에 따라 특약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래 대로 지급합니다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우에 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제11조 (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자나 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제9조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제10조(상해보험계약 후 알릴 의무 등) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
 3. 이 특약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요 사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지할 수 있습니다.

4. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지할 수 있습니다.

가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때

나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때

다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유하였을 때

[사례]

보험계약을 청약하면서 보험을 모집한 자(보험설계사 등)에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험을 모집한 자(보험설계사 등)에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

③ 제1항 제1호에 따른 특약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반 사실과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 ‘반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다’라는 문구와 함께 서면 등으로 알려 드립니다.

④ 제1항 제2호에 따른 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제10조(상해보험계약 후 알릴 의무 등) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

- ⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제3항 및 제4항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제12조 (사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나 청약일 이전에 암 또는 인체면역결핍바이러스(HIV)병의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제6관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후 매월 계약해당일에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 주계약이 해지(解止), 무효, 취소된 경우 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 이 특약의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 피보험자가 사망한 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다. 책임준비금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표2) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[책임준비금]

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

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)는 예외로 합니다.

- ④ 제3항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

- ⑤ 제3항의 경우에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제15조(피보험자의 범위) 제1항 제2호 및 제3호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.
- ⑥ 제15조(피보험자의 범위) 제3항에 따라 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제14조 (특약의 보장개시일)

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에서 정한 사람 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 사람으로 합니다.

1. 주계약의 피보험자 (다만, 주계약이 2명보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 하며, 이하 같습니다)
 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 “배우자”라고 합니다), 직계비속의 배우자, 배우자의 직계존속
 3. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 직계비속, 직계존속, 형제, 자매
- ② 이 특약을 체결할 때 제1항에서 정한 피보험자에 해당되는 사람은 그 해당된 날에 피보험자의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 그 날부터 피보험자의 자격을 상실하며(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외합니다), 더 이상 보상하지 않습니다. 이 경우 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 제3항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 6개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않으며 계속하여 보상합니다.

제16조 (약관 교부 및 설명 의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을

때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매 계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 받아 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문하거나 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ② 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
 1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
 2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(자필서명에는 도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 또는 제3호에 따른 전자서명 또는 공인전자서명을 포함합니다)
- ③ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급

합니다.

- ④ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

[약관의 중요한 내용]

보험업법 시행령 제42조의2(설명의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 주계약 및 특약별로 보장하는 사망, 질병, 상해 등 주요 위험 및 보험금
- 청약의 철회에 관한 사항
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

제17조 (특약의 무효)

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.
- ② 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효가 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출

이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제18조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 받아 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다. 다만, 이 특약은 보험가입금액의 감액이 적용되지 않습니다.
- ② 주계약을 감액완납보험으로 변경하는 경우 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 않습니다.

[감액완납보험]

더 이상 보험료를 납입하지 않는 대신 해지환급금을 재원으로 당초 보험계약의 보험기간과 보험금 등의 지급조건은 변경하지 않고 보험가입금액만 감액하는 보험을 말합니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 피보험자가 퇴직 또는 기타 사유에 의하여 피보험단체(보험대상단체)로부터 탈퇴하는 경우 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제19조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제7관 보험료의 납입

제20조 (특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제21조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

- ② 계약자가 제2회 부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 특약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.
- ④ 회사는 제3항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제22조 [“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에만 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제21조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제23조 [“강제집행 등으로 해지된 특약”의 특별부활(효력회복)]

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권 실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하

고 제18조(특약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

- ② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 인하여 민법에서 정한 상속순위에 따라 상속을 받는 자를 말합니다.

- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제8관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제24조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지

할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.

- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제25조 (중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 회사에게 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 사실을 계약자에게 통지합니다.

제26조 (회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.

제27조 (해지환급금)

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제9관 다수보험의 처리 등

제28조 (다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래), 통원의료비(처방조제)를 각각 구분하여 계산합니다.

■ [비례분담액 계산 예시]

각 계약별 비례분담액 =

(각 계약의 보상대상의료비 중 최고액
- 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액)

$$\times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}}$$

제29조 (연대책임)

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수보험이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할

수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 특약의 지급
한도 내에서 지급합니다.

- ② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회
사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만,
회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수
있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청
구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제10관 분쟁의 조정 등

제30조 (분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자나 그 밖의 이해관계
인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제31조 (관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는
법원이 하는 것으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관
할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제32조 (소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권 및 책임준비금 반환청구권은
해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 3년간 행사하지 않으면
소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효]

제3조(보상내용)에 따른 보험금 지급사유가 2015년 1월 1일
에 발생하였음에도 2017년 12월 31일까지 보험금을 청구하

지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못합니다.

제33조 (약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제34조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제35조 (회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공

정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제 2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

사회통념상 일반 보통인이라면 결코(실수로도) 그 같은 일을 하지 않을 정도로 타당성을 잃은 것을 말합니다.

회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

- ④ 회사가 제16조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제4항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다
- ⑤ 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 특약의 계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 특약의 계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제11관 기타사항 등

제36조 (주계약 약관 및 기본형 실손의료비특약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대해서는 주계약 약관의 규정 및 이 특약과 함께 청약한 기본형 실손의료비특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
주계약	주된 보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
회사	보험회사
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
주피보험자	주된 피보험자
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
연단위복리	<p>회사가 지급할 금액에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법</p> <div><p>[연단위 복리 예시]</p><p>원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액</p><p>- 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$</p><p>- 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금}} \times 10\% = 11\text{원}$ (1년차 이자)</p><p>→ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원</p></div>

용어	정의
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’ 제2조(공휴일)에 따른 공휴일 및 동규정 제3조(대체공휴일)에 따른 대체공휴일과 근로자의 날은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 면허를 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 면허를 가진 사람
의료기관	「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분
병원	「국민건강보험법」 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원을 말하며, 조산원은 제외
약국	「약사법」 제2조(정의) 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
(입원의 정의 중) 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음

용어	정의
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원 시 병실료 산정에 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방방은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비

용어	정의
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖의 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함

용어	정의
보상대상의료비	<p>피보험자가 실제로 부담한 의료비 - 보상제외금액*</p> <p>* 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 실제 사용병실과 기준 병실과의 병실료 차액 중 회사가 보장하지 않는 금액</p>
보상책임액	(보상대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입 금액 중 작은 금액
주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
항암제	<p>식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘조직세포의 기능용 의약품’ 중 ‘종양용약’과 ‘조직세포의 치료 및 진단 목적제제’*</p> <p>* 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.</p>
항생제(항진균제 포함)	<p>식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘항병원생물성 의약품’ 중 ‘항생물질제제’와 ‘화학요법제’, ‘기생동물에 대한 의약품 중 항원충제’*</p> <p>* 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.</p>
희귀의약품	<p>식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품*</p> <p>* 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.</p>
자기공명영상진단	<p>자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA)</p> <p>* 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함</p> <p>(보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」상의 MRI 범주에 따름)</p>

(별표 2)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제 13 조 제 3 항 제 7 조 제 4 항 관련)

구분	기간	지급이자
보험금 (제 3 조) 책임준비금 (제 13 조 제 3 항)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가 산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가 산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후기간	보험계약대출이율 + 가 산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제 32 조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제7조(보험금 등의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 비급여 자기공명영상진단
(MRI/MRA) 실손의료비특약
약 관

이 특약의 약관은 무배당 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비특약 약관

실손의료보험은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 상품입니다.

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조 (보장종목)

회사가 판매하는 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료보험 특약(이하 “특약”이라 합니다)은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용
피보험자가 질병 또는 상해의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여 ^{주)} 자기공명영상진단(MRI/MRA)을 받은 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용하는 용어의 뜻은 (별표 1)과 같습니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

제3조 (보상내용)

회사가 이 특약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

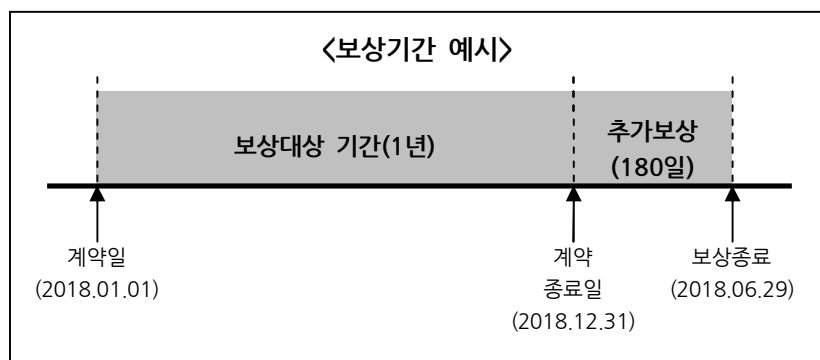
- ① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 상해의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 자기공명영상진단(MRI/MRA)을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.

구 분	내 용
보상대상의료비	자기공명영상진단(MRI/MRA)을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)
공제금액	1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 연간 300만원 한도 내에서 보상

- ② 병원을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 특약에서 정한 자기공명영상진단(MRI/MRA)을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 특약에서 정한 자기공명영상진단(MRI/MRA)을 받는 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
- ③ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포

함되지 않습니다.

- ④ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 보상금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다.



- ⑤ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)의 료비를 계산합니다.
- ⑥ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 자기공명영상진단을 받은 경우, 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조(정의)에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등) 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제5항에 따라 보상합니다.

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조 (보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

- ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
 5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사

(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)

3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박 탑승

- ③ 회사는 제7차 ‘한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)’에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류부호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

1. 정신 및 행동 장애(F04~F99)
2. 여성생식관의 비염증성 장애로 인한 습관적 유산, 여성불임 및 인공수정과 관련된 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 손해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)

- ④ 회사는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료[다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다]·한방치료[다만, 「의료법」 제2조(의

료인)에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다]에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비

2. 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 단순한 피로 또는 권태
나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반 [보험가입당시 피보험자로 될 자가 태아인 경우 불꽃모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다], 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음[수면무호흡(G47.3)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다], 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosi s), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술[이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다], 코성형수술(융비술), 유방 확대[다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다]·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 ‘여성형 유방증’을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용)에 따

라 보상합니다.

9. 인체면역결핍바이러스(HIV)병으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV병은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
10. 「국민건강보험법」 제42조(요양기관)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제4관 보험금의 지급

제5조 (보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제6조 (보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서[진료비계산서(통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 진단서, 진료비영수증, 의사처방전등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 책임준비금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제6조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약

자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

- ③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 (별표 2)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의를 요청할 경우 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전

액 부담합니다.

- ⑧ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

제8조 (주소변경의 통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 고지의무와 같으며, 이하 “계약 전 알릴 의무”라 합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실

시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제10조 (상해보험계약 후 알릴 의무 등)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체 없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경

가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우

나. 직업이 없는 자가 취직한 경우

다. 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】

1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일

2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함

예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

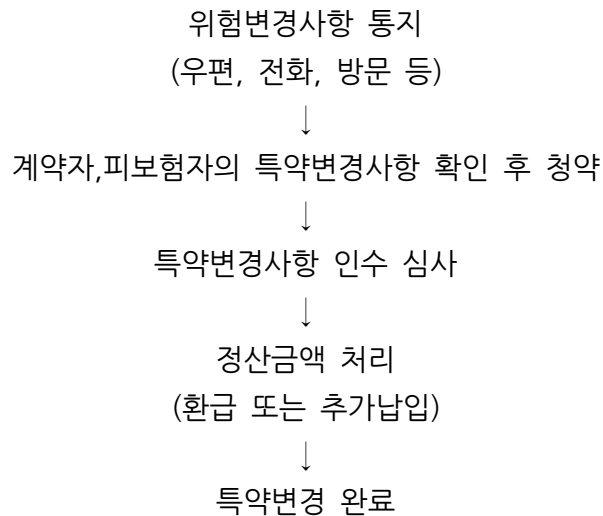
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제18조(특약내용의 변경 등)에 따라 특약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 특약변경 절차】



- ③ 회사는 제2항에 따라 특약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가

된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래 대로 지급합니다.

- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우에 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제11조 (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자나 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제9조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
 - 2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제10조(상해보험계약 후 알릴 의무 등) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 특약의 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때

3. 이 특약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요 사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지할 수 있습니다.
4. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
 - 나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
 - 다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유하였을 때

[사례]

보험계약을 청약하면서 보험을 모집한 자(보험설계사 등)에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험을 모집한 자(보험설계사 등)에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

- ③ 제1항 제1호에 따른 특약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다.

이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 ‘반대 증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다’라는 문구와 함께 서면 등으로 알려 드립니다.

- ④ 제1항 제2호에 따른 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제10조(상해보험계약 후 알릴 의무 등) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제3항 및 제4항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제12조 (사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나 청약일 이전에 암 또는 인체면역결핍바이러스(HIV)병의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제6관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후 매월 계약해당일에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 주계약이 해지(解止), 무효, 취소된 경우 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 이 특약의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 피보험자가 사망한 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다. 책임준비금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표2) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[책임준비금]

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

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)는 예외로 합니다.

④ 제3항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

⑤ 제3항의 경우에도 불구하고 주계약의 피보험자가 사망하거나 주계약의 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 제15조(피보험자의 범위) 제1항 제2호 및 제3호에 해당되는 이 특약의 피보험자에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑥ 제15조(피보험자의 범위) 제3항에 따라 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제14조 (특약의 보장개시일)

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

- ① 이 특약의 피보험자는 다음에서 정한 사람 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 사람으로 합니다.
 - 1. 주계약의 피보험자 (다만, 주계약이 2명보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자로 하며, 이하 같습니다)
 - 2. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 “배우자”라고 합니다), 직계비속의 배우자, 배우자의 직계존속
 - 3. 주계약의 피보험자가 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 직계비속, 직계존속, 형제, 자매
- ② 이 특약을 체결할 때 제1항에서 정한 피보험자에 해당되는 사람은 그 해당된 날에 피보험자의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 그 날부터 피보험자의 자격을 상실하며(다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외합니다), 더 이상 보상하지 않습니다. 이 경우 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 제1항 제2호의 피보험자의 경우, 제3항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 6개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않으며 계속하여 보상합니다.

제16조 (약관 교부 및 설명 의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관

및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매 계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 받아 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문하거나 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ② 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
 2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(자필서명에는 도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 또는 제3호에 따른 전자서명 또는 공인 전자서명을 포함합니다)

- ③ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ④ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

<p>[약관의 중요한 내용]</p> <p>보험업법 시행령 제42조의2(설명의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> · 주계약 및 특약별로 보장하는 사망, 질병, 상해 등 주요 위험 및 보험금 · 청약의 철회에 관한 사항 · 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과 · 계약의 취소 및 무효에 관한 사항 · 해지환급금에 관한 사항 · 분쟁조정절차에 관한 사항 · 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

제17조 (특약의 무효)

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

- ② 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효가 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제18조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 받아 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다. 다만, 이 특약은 보험가입금액의 감액이 적용되지 않습니다.
- ② 주계약을 감액완납보험으로 변경하는 경우 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 않습니다.

[감액완납보험]

더 이상 보험료를 납입하지 않는 대신 해지환급금을 재원으로 당초 보험계약의 보험기간과 보험금 등의 지급조건은 변경하지 않고 보험가입금액만 감액하는 보험을 말합니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 피보험자가 퇴직 또는 기타 사유에 의하여 피보험단체(보험대상단체)로부터 탈퇴하는 경우 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제19조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제7관 보험료의 납입

제20조 (특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제21조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었

으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

- ② 계약자가 제2회 부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 특약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
 - 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.
- ④ 회사는 제3항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제22조 [“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에만 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제21조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제23조 [“강제집행 등으로 해지된 특약”의 특별부활(효력회복)]

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권 실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하

고 제18조(특약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

- ② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 인하여 민법에서 정한 상속순위에 따라 상속을 받는 자를 말합니다.

- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제8관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제24조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제25조 (중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 회사에게 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 사실을 계약자에게 통지합니다.

제26조 (회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.

제27조 (해지환급금)

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제9관 다수보험의 처리 등

제28조 (다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래), 통원의료비(처방조제)를 각각 구분하여 계산합니다.

■ [비례분담액 계산 예시]

각 계약별 비례분담액 =

(각 계약의 보상대상의료비 중 최고액
- 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액)

$$\times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}}$$

제29조 (연대책임)

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수보험이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 특약의 지급 한도 내에서 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제10관 분쟁의 조정 등

제30조 (분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자나 그 밖의 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제31조 (관할법원)

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

제32조 (소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권 및 책임준비금 반환청구권은 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효]

제3조(보상내용)에 따른 보험금 지급사유가 2015년 1월 1일에 발생하였음에도 2017년 12월 31일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못합니다.

제33조 (약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하

거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제34조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료 (계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제35조 (회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

사회통념상 일반 보통인이라면 결코(실수로도) 그 같은 일을 하지 않을 정도로 타당성을 잃은 것을 말합니다.

회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

- ④ 회사가 제16조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제4항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다
- ⑤ 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 특약의 계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 특약의 계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제11관 기타사항 등

제36조 (주계약 약관 및 기본형 실손의료비특약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대해서는 주계약 약관의 규정 및 이 특약과 함께 청약한 기본형 실손입원의료비특약 및 기본형 실손통원의료비특약(이하 “기본형 실손의료비특약”이라 합니다)의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
주계약	주된 보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
회사	보험회사
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
주피보험자	주된 피보험자
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
연단위복리	<div>회사가 지급할 금액에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법</div> <div>[연단위 복리 예시] 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액 - 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$ - 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금}} \times 10\% = 11\text{원}$ → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원</div>
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액

용어	정의
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정' 제2조(공휴일)에 따른 공휴일 및 동규정 제3조(대체공휴일)에 따른 대체공휴일과 근로자의 날은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 면허를 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 면허를 가진 사람
의료기관	「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분
병원	「국민건강보험법」 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원을 말하며, 조산원은 제외
약국	「약사법」 제2조(정의) 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
(입원의 정의 중) 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원 시 병실료 산정에 적용하는 기준이 되는 병실

용어	정의
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방방은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송

용어	정의
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖의 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함
보상대상의료비	피보험자가 실제로 부담한 의료비 - 보상제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 실제 사용병실과 기준 병실과의 병실료 차액 중 회사가 보장하지 않는 금액
보상책임액	(보상대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액

용어	정의
자기공명영상진단	<p>자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사 (MRI/MRA)</p> <p>* 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함</p> <p>(보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」상의 MRI 범주에 따름)</p>

(별표 2)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제 13 조 제 3 항 및 제 7 조 제 4 항 관련)

구분	기간	지급이자
보험금 (제 3 조) 책임준비금 (제 13 조 제 3 항)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가 산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가 산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후기간	보험계약대출이율 + 가 산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제 32 조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제7조(보험금 등의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

단체 포괄계약 추가특약
약관

단체 포괄계약 추가특약 약관

제1관 목적

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약과 관련해 보험회사(이하 '회사'라 합니다)에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가됩니다.

제2관 보험계약의 성립과 유지

제2조 (특약의 적용범위)

- ① 이 특약은 주계약 사업방법서에서 정한 대상단체(이하 "단체"라 합니다)로서 대상 위험의 동질성이 확보된 둘 이상의 단체가 모여 공동으로 주계약을 체결하고자 할 때, 회사가 승낙한 경우에 한하여 적용합니다.
- ② 제1항의 경우 총피보험자 수(본인)는 5인 이상이어야 합니다.

제3조 (대표자의 지정 및 권한의 제한)

- ① 이 특약이 부가된 경우 제2조(특약의 적용범위) 제1항의 둘 이상의 단체를 대표하여 각 단체 또는 각 단체의 대표자를 대리할 수 있는 자를 대표자로 지정하여야 합니다.
- ② 대표자는 단체를 대표하여 계약자의 모든 권리, 의무를 직접 또는 간접적으로 행사할 수 있습니다.

제4조 (피보험자 수의 산정)

이 특약이 부가된 경우 피보험자 수는 주계약의 총피보험자 수 (본인)로 하며, 이를 기준으로 주계약의 사업방법서에서 정한 할 인율을 적용합니다.

제3관 기타사항 등

제5조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

보험료정산특약 약관

보험료정산특약 약관

제 1 조 (목적)

이 특약은 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)과 관련해 보험회사(이하 '회사'라 합니다)에서 정한 제도성 내용을 적용하기 위하여 계약에 부가됩니다

제 2 조 (적용범위)

이 특약은 아래의 조건이 충족되는 계약으로서 보험회사(이하 “회사”라 합니다)와 보험료정산특약 협정서(이하 “협정서”라 합니다)를 체결한 때 적용합니다.

- ① 계약자는 주계약 상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.
- ② 피보험자단체의 범위
동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5명 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체에(단, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련 법규 등에서 정하는 바에 따름) 소속된 자의 전부 또는 일부로서 주계약을 체결한 5명 이상의 피보험자 집단

제 3 조 (피보험자의 추가, 제외 또는 교체)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 받아 피보험자를 추가, 제외 또는 교체할 수 있습니다.
- ② 계약자는 매월 협정서에서 정한 피보험자 통지시기까지 해당월의 피보험자 추가, 제외 또는 교체 사항을 기재한

피보험자 명세서(이하 “명세서”라 합니다)를 회사에 제출 하여야 합니다.

- ③ 계약 기간 중 피보험자 일부를 제외하는 경우에는 제외되는 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며, 피보험자의 일부를 추가 또는 교체하는 경우 새로운 피보험자의 보험 기간은 최초계약의 남은 보험기간으로 하고, 이에 따라 발생하는 추가 보험료는 이 특약의 사업방법서에서 정한 방법으로 합니다.
- ④ 회사는 보험료가 납입되기 이전 일지라도 새로이 추가 또는 교체된 피보험자에 대해 협정서에서 정한 보장개시일 이후에 보험사고가 발생한 경우 관련 약관에 따른 보험금을 지급합니다.

제 4 조 (보험료의 정산)

회사는 제3조(피보험자의 추가, 제외 또는 교체) 제3항에도 불구하고 보험기간 중 회사에 통지한 피보험자의 추가, 제외 또는 교체로 계약자가 추가가입자에 대하여 납입할 보험료와 회사의 탈퇴자에 대한 보험료 환급액의 정산(이하 “보험료 정산”이라 합니다)은 협정서에서 정한 보험료 정산시기에 하며, 그 세부 방법은 이 특약의 사업방법서에서 정하는 방법으로 합니다.

제 5 조 (협정서 내용의 결정 및 변경)

- ① 보험료정산특약 협정서에는 이 약관에 규정되지 않은 다음 각호 중 해당사항을 기재하는 것으로 하며, 계약을 체결할 때 계약자와 회사가 협의하여 정합니다.

1. 계약협정의 목적

2. 보장개시에 관한 사항
3. 피보험자 통지시기
4. 보험료의 정산시기
5. 청약서의 작성
6. 보험료정산특약 협정의 해지
7. 기타 필요한 사항

② 제 1항의 협정서 내용은 이 약관의 일부를 구성합니다.

제 6 조 (준용규정)

이 특약에 정하지 않은 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

피보험자 자격유지특약 약관

피보험자 자격유지특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 보험계약과 관련해 회사에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

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

나. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험계약의 성립과 유지

제3조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지 및 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우.
2. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우
3. 이 특약에서 더 이상 보험금 지급사유가 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제4조 (특약의 내용)

① 피보험자가 주계약에서 정한 피보험단체에서 퇴직 등의 사유에 따라 탈퇴하더라도 주계약 보험기간까지 피보험자 자격을 유지합니다.

② 보험료 정산특약이 적용된 계약의 경우에도 보험료 정산특약약관 제4조(보험료 정산)의 “회사의 탈퇴자에 대한 보험료의 환급액의 정산”을 적용하지 않습니다.

제3관 기타사항 등

제5조 (주계약 약관의 준용)

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

(별첨)

장애분류표

총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로써 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고, 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위에 서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고, 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중

높은 지급률을 적용한다.

- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박 동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것)여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능 장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나 (“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
- 4) “한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때”라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.
 - ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 - 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 6) “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애” 라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - ② 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴

경우

- 7) “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) “뚜렷한 시야 장애”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습) 장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고, 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- 1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 $1/2$ 이상 결손된 경우를 말한다.
- 2) 귓바퀴의 연골부가 $1/2$ 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- 1) “평형기능에 장애를 남긴 때”라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능장애소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

- ① 뇌영상검사(CT, MRI)
- ② 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- 1) “코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) “코의 후각기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 경우를 말한다.
 - ① 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - ② 위·아래턱(상. 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - ③ 위·아래턱(상. 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - ④ 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - ⑤ 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 경우를 말한다.
 - ① 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - ② 위·아래턱(상. 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이

하로 제한되는 경우

- ③ 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - ④ 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - ⑤ 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 다만, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 경우를 말한다.
- ① 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - ② 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 경우를 말한다.
- ① 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - ② 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 경우를 말한다.
- ① 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - ② 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장

해로 평가한다.

- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙었다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애”라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 다만, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

- ④ 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상.하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - ② 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상.하 부[인접 상.하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상.하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - ③ 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」 별표5(신체 부위별 장애등급 판정에 관한 세부기준)에 따라 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - ② 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - ② 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - ③ 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI: Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - ④ 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체

(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

- ① 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추 전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) “추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판을 두 마디 이상(또는 한 마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미 신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우를 말한다.
- 13) “추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판 한 마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우를 말한다.
- 14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우를 말한다.

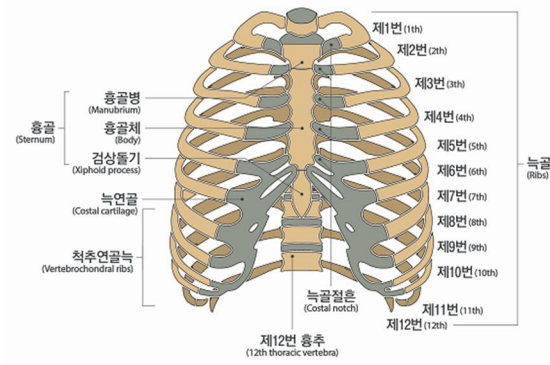
7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

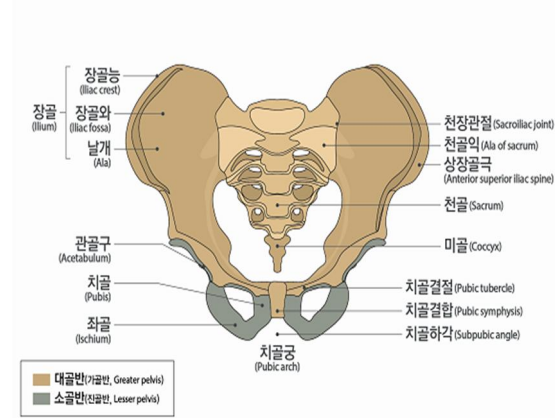
장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
 - ② 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - ③ 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) “빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



〈가슴뼈〉



〈골반뼈〉

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대 관절”이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - ① 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - ② 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 다만, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에

해당하는 경우를 말한다.

- ① 완전 강직(관절굳음)
 - ② 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
- 8) “관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ③ 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
- 9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “2등급(poor)”인 경우
- 10) “관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “3등급(fair)”인 경우
- 11) “가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 12) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각(角) 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) “한 다리의 발목 이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - ① 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정 방법 등을 따른다.

- ② 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- ① 완전 강직(관절굳음)
 - ② 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
- 8) “관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ③ 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ④ 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
- 9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ③ 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “2등급(poor)”인 경우
- 10) “관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ③ 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “3등급(fair)”인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) “가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

- 13) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각(角) 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

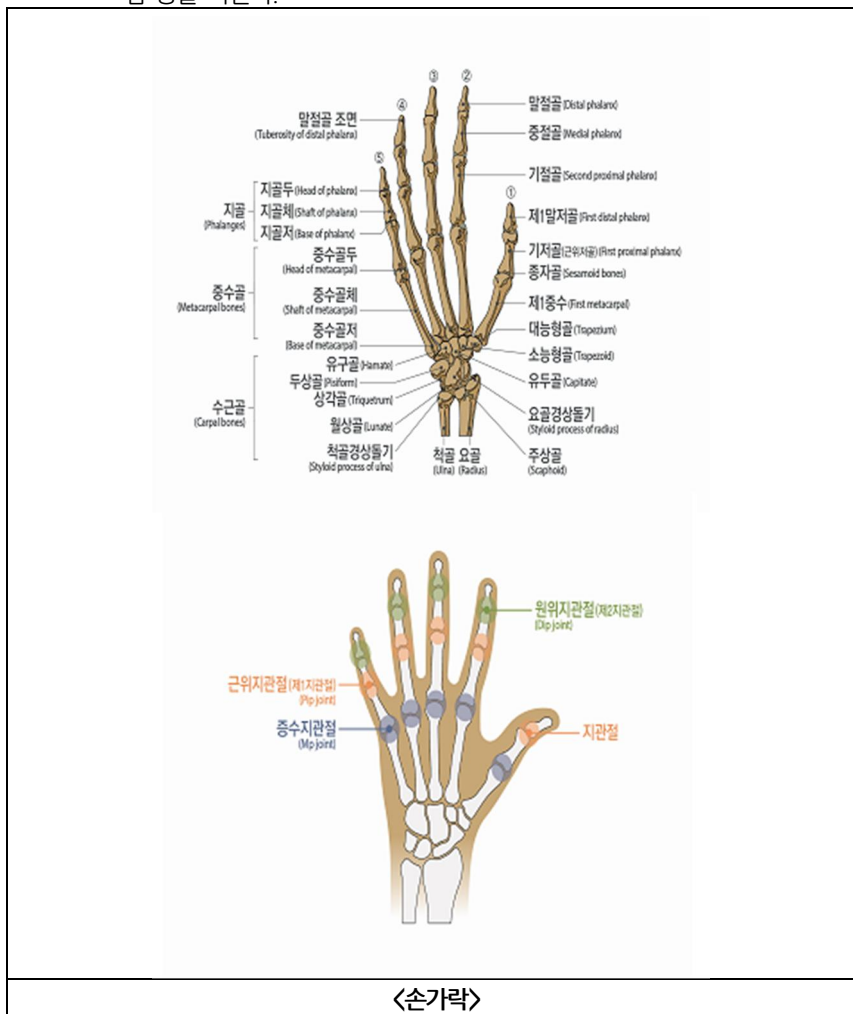
장애의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때 (손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때 (손가락 하나마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관

절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



〈손가락〉

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

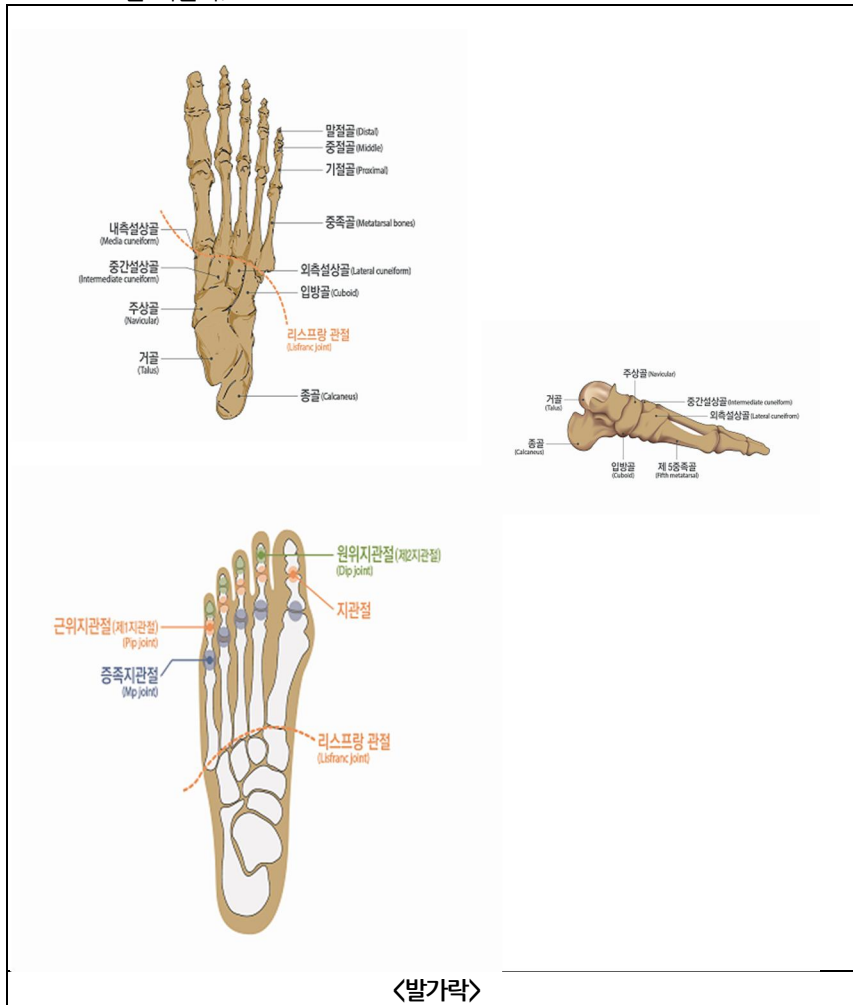
장애의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때 (발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때 (발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) “리스프랑관절 이상을 잃은 때”라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은

각각 적용하여 합산한다.

- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애의 판정기준

- 1) “심장 기능을 잃었을 때”라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) “흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) “흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 위, 대장(결장 ~ 직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상 일 때
 - ③ 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - ④ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) “흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - ② 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - ③ 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - ④ 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - ⑤ 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - ⑥ 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) “흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로

영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때

- ② 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - ③ 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉·복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
 - 7) 상기 흉·복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 <붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
 - 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간 질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 ‘붙임’ 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 ‘붙임’ 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 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 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 정신행동장애는 보험기간 중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 다만, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또

는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

- ② 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
 - ③ “정신행동에 극심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
 - ④ “정신행동에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
 - ⑤ “정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’^{주)} 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
- ※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원, 약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일 반공공시설의 이용
- ⑥ “정신행동에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
 - ⑦ “정신행동에 경미한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
 - ⑧ 지속적인 정신건강의학과와의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
 - ⑨ 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
 - ⑩ 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
 - ⑪ 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

- ⑫ 각종 기질성 정신장애와 외상 후 간질에 한하여 보상한다.
- ⑬ 외상 후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

- ① “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- ② 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
- ③ 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

- ① “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- ③ “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ④ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑥ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑦ “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

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)

유형	제한 정도에 따른 지급률
배변·배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 나머지는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

- 아래 법령은 약관에서 인용된 법령으로 고객의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.
다만, 가입하신 상품에 따라 인용된 법령이 다를 수 있는 점을 참고하셔서 활용하시기 바랍니다.
- 법령은 2020년 3월 기준이며, 해당 법령 개정시 내용이 변동될 수 있습니다.
아래 법령과 실제 법령 내용이 다를 경우에는 실제 법령 내용이 우선됩니다.

제1관 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "감염병"이란 제1급감염병, 제2급감염병, 제3급감염병, 제4급감염병, 기생충감염병, 세계보건기구 감시대상 감염병, 생물테러감염병, 성매개 감염병, 인수(人獸)공통감염병 및 의료관련감염병을 말한다.
2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 보건복지부장관이 지정하는 감염병을 포함한다.

(이하 생략)

제2관 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 [개정 2020.03.04 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률]

제4조(감염병의 병원체를 확인할 수 있는 기관)

[개정 2020.03.04 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제16조의2(감염병병원체 확인기관)]

제16조의2(감염병병원체 확인기관)

① 다음 각 호의 기관(이하 "감염병병원체 확인기관"이라 한다)은 실험실 검사 등을 통하여 감염병병원체를 확인할 수 있다.

1. 질병관리본부
2. 국립검역소
3. 「보건환경연구원법」 제2조에 따른 보건환경연구원
4. 「지역보건법」 제10조에 따른 보건소
5. 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근(常勤)하는 기관
6. 「고등교육법」 제4조에 따라 설립된 의과대학 중 진단검사의학과가 개설된 의과대학
7. 「결핵예방법」 제21조에 따라 설립된 대한결핵협회(결핵환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다)
8. 「민법」 제32조에 따라 한센병환자 등의 치료·재활을 지원할 목적으로 설립된 기관(한센병환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다)
9. 인체에서 채취한 검사물에 대한 검사를 국가, 지방자치단체, 의료기관 등으로부터 위탁받아 처리하는 기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근하는 기관

② 보건복지부장관은 감염병병원체 확인의 정확성·신뢰성을 확보하기 위하여 감염병병원체 확인기관의 실험실 검사능력을 평가하고 관리할 수 있다.

③ 제2항에 따른 감염병병원체 확인기관의 실험실 검사능력 평가 및 관리에 관한 방법, 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제3관 개인정보 보호법

제15조(개인정보의 수집·이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다.

제17조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호·제3호·제5호 및 제39조의3제2항제2호·제3호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

제22조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제6항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다.

② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정

보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.

③ 개인정보처리자는 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제23조제1항제1호 및 제24조제1항제1호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.

④ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다.

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 제3항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제4항 및 제18조제2항제1호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.

⑦ 제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제6항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제23조(민감정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항

을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.
1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 삭제
- ③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.
- ⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

제24조의2(주민등록번호 처리의 제한)

- ① 제24조제1항에도 불구하고 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 주민등록번호를 처리할 수 없다.
1. 법률·대통령령·국회규칙·대법원규칙·헌법재판소규칙·중앙선거관리위원회규칙 및 감사원규칙에서 구체적으로 주민등록번호의 처리를 요구하거나 허용한 경우

2. 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 명백히 필요하다고 인정되는 경우
3. 제1호 및 제2호에 준하여 주민등록번호 처리가 불가피한 경우로서 보호위원회가 고시로 정하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제24조제3항에도 불구하고 주민등록번호가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 암호화 조치를 통하여 안전하게 보관하여야 한다. 이 경우 암호화 적용 대상 및 대상별 적용 시기 등에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 처리 규모와 유출 시 영향 등을 고려하여 대통령령으로 정한다
- ③ 개인정보처리자는 제1항 각 호에 따라 주민등록번호를 처리하는 경우에도 정보주체가 인터넷 홈페이지를 통하여 회원으로 가입하는 단계에서는 주민등록번호를 사용하지 아니하고도 회원으로 가입할 수 있는 방법을 제공하여야 한다.
- ④ 보호위원회는 개인정보처리자가 제3항에 따른 방법을 제공할 수 있도록 관계 법령의 정비, 계획의 수립, 필요한 시설 및 시스템의 구축 등 제반 조치를 마련·지원할 수 있다.

제4관 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

제6조(등록 및 결정)

- ① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 "신청 대상자"라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처장에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다.
 1. 「국가보훈 기본법」 제23조제1항제3호의2에 따라 발굴된 희생·공헌자의 경우
 2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우
 3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우

② 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제4조제1항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제1항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다.

③ 국가보훈처장은 제1항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제4조 또는 제5조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제4조제1항제3호부터 제6호까지, 제8호, 제14호 및 제15호의 국가유공자(이하 "전몰군경등"이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈처장에게 통보하여야 한다

④ 국가보훈처장은 제3항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제74조의5에 따른 보훈심사위원회(이하 "보훈심사위원회"라 한다)의 심의·의결을 거쳐야 한다. 다만, 국가유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거치지 아니할 수 있다.

⑤ 국가보훈처장은 제4조제1항 각 호(제1호, 제2호 및 제10호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다.

⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다.

제5관 국민건강보험법

제41조(요양급여)

① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송(移送)

② 제1항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.

1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

제41조의2(약제에 대한 요양급여비용 상한금액의 감액 등)

① 보건복지부장관은 「약사법」 제47조제2항의 위반과 관련된 제41조제1항제2호의 약제에 대하여는 요양급여비용 상한금액(제41조제3항에 따라 약제별 요양급여비용의 상한으로 정한 금액을 말한다. 이하 같다)의 100분의 20을 넘지 아니하는 범위에서 그 금액의 일부를 감액할 수 있다.

② 보건복지부장관은 제1항에 따라 요양급여비용의 상한금액이 감액된 약제가 감액된 날부터 5년의 범위에서 대통령령으로 정하는 기간 내에 다시 제1항에 따른 감액의 대상이 된 경우에는 요양급여비용 상한금액의 100분의 40을 넘지 아니하는 범위에서 요양급여비용 상한금액의 일부를 감액할 수 있다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 요양급여비용의 상한금액이 감액된

약제가 감액된 날부터 5년의 범위에서 대통령령으로 정하는 기간 내에 다시 「약사법」 제47조제2항의 위반과 관련된 경우에는 해당 약제에 대하여 1년의 범위에서 기간을 정하여 요양급여의 적용을 정지할 수 있다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 요양급여비용 상한금액의 감액 및 요양급여 적용 정지의 기준, 절차, 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제42조(요양기관)

- ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.
1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
 2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
 3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국회귀의약품센터
 4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
 5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- ② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.
1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
 2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우
- ④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.
- ⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

제6관 국민건강보험법시행령

제32조(월별 보험료액의 상한과 하한)

법 제69조제6항에 따른 월별 보험료액의 상한 및 하한은 다음 각 호의 구분에 따른다.

1. 월별 보험료액의 상한은 다음 각 목과 같다.

가. 직장가입자의 보수월액보험료: 보험료가 부과되는 연도의 전전년도 직장가입자 평균 보수월액보험료(이하 이 조에서 "전전년도 평균 보수월액보험료"라 한다)의 30 배에 해당하는 금액을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액

나. 직장가입자의 소득월액보험료 및 지역가입자의 월별 보험료액: 보험료가 부과되는 연도의 전전년도 평균 보수월액보험료의 15 배에 해당하는 금액을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액

2. 월별 보험료액의 하한은 다음 각 목과 같다.

가. 직장가입자의 보수월액보험료: 보험료가 부과되는 연도의 전전년도 평균 보수월액보험료의 1 천분의 80 이상 1 천분의 85 미만의 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액

나. 지역가입자의 월별 보험료액: 보험료가 부과되는 연도의 전전년도 평균 보수월액보험료의 1천분의 60 이상 1천분의 65 미만의 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액

[별표3] 본인부담상한액의 산정방법(제19조제4항 관련)

1. 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 "상한액기준보험료"라 한다)에 따라 그 금액을 달리한다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

2. 가입자 또는 피부양자의 본인부담상한액은 나목에 따른 상한액기준보험료의 구간별로 가목의 산정 방법에 따라 산정한다.

가. 본인부담상한액 산정 방법

1) 계산식

$$\text{해당 연도 본인부담상한액} = \text{전년도 본인부담상한액} \times (1 + \text{전국소비자물가변동률})$$

2) 전국소비자물가변동률은 「통계법」 제3조에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 적용하되, 그 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5를 적용한다.

3) 1)의 계산식에 따라 해당 연도 본인부담상한액을 산정한 경우에 1만원 미만의 금액은 버린다.

나. 본인부담상한액 산정 단위 상한액기준보험료의 구간

1) 지역가입자인 경우. 이 경우 상한액기준보험료가 제32조제2호나 목에 따른 월별 보험료액의 하한과 같은 경우에는 가)에 해당하는 것으로 본다.

가) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

나) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

다) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

라) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

마) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

바) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에
상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을
넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관
이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

사) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에
상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을
넘는 경우

2) 직장가입자 또는 피부양자인 경우

가) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에
상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을
넘지 않는 경우

나) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에
상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을
넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관
이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

다) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에
상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을
넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관
이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

라) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에
상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을
넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관
이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

마) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에
상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을
넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관
이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

바) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에
상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을
넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관
이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

사) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에

상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

3. 본인부담상한액은 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원 (「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원인 요양병원 및 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에 120일을 초과하여 입원한 경우(이하 "120일 초과 입원"이라 한다)와 그 밖의 경우로 나누어 다음 각 목에 따라 적용한다.

가. 지역가입자인 경우

구분	본인부담상한액	
	120일 초과 입원	그 밖의 경우
1) 제2호나목1)가)의 경우	125만원	81만원
2) 제2호나목1)나)의 경우	157만원	101만원
3) 제2호나목1)다)의 경우	211만원	152만원
4) 제2호나목1)라)의 경우	280만원	
5) 제2호나목1)마)의 경우	350만원	
6) 제2호나목1)바)의 경우	430만원	
7) 제2호나목1)사)의 경우	580만원	

나. 직장가입자 또는 피부양자인 경우

구분	본인부담상한액	
	120일 초과 입원	그 밖의 경우
1) 제2호나목1)가)의 경우	125만원	81만원
2) 제2호나목1)나)의 경우	157만원	101만원
3) 제2호나목1)다)의 경우	211만원	152만원
4) 제2호나목1)라)의 경우	280만원	
5) 제2호나목1)마)의 경우	350만원	
6) 제2호나목1)바)의 경우	430만원	
7) 제2호나목1)사)의 경우	580만원	

제7관 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제9조(비급여대상)

① 법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다.

[별표2] 비급여대상(제9조제1항관련)

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기질환

라. 단순 코골음

마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)

바. 검열반 등 안과질환

사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환

2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료

나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 치과교정. 다만, 입술입천장갈림증(구순구개열)을 치료하기 위한 치과교정 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술

마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술

바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료

아. 기타 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료

3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자 등에게 실시하는 건강검진 제외)

나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)

다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.

마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료

바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사

사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료

아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료

4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료

가. 가입자 등이 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용함에 따라 제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용. 다만, 상급종합병원 및 「의료법」 제3조제2항제

3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원은 제외한다)의 상급병상을 이용하는 경우에는 입원료를 포함한 입원실 이용비용 전액(다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다)

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관, 같은 항 제3호나목의 치과병원 및 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원: 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것

(나) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것

(다) 「의료법」 제3조제2항제3호마목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입

원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제25조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

라. 삭제

마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. 삭제

자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

차. 삭제

카. 삭제

타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용

하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또

는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함 하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신 의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.

거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제8항제2호에 따른 제한적 의 료기술

너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기 이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위

더. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

5. 삭제

6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질 병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제 외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목, 제4호더목은 다음 각목에서 정하는 경우에 한한다.

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료

나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위· 약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복 지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.

7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법

나. 한약첩약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제

8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방· 투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학 적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4

항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

제8관 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

제15조(보건진료소의 설치·운영)

- ① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍·면 지역에서 보건진료소를 설치·운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다. 다만, 시·구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장·구청장이 보건진료소를 설치·운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.
- ② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.
- ③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

제9관 도로교통법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "도로"란 다음 각 목에 해당하는 곳을 말한다.

가. 「도로법」에 따른 도로

나. 「유료도로법」에 따른 유료도로

다. 「농어촌도로 정비법」에 따른 농어촌도로

라. 그 밖에 현실적으로 불특정 다수의 사람 또는 차마(車馬)가通行할 수 있도록 공개된 장소로서 안전하고 원활한 교통을 확보할 필요가 있는 장소

2. "자동차전용도로"란 자동차만 다닐 수 있도록 설치된 도로를 말한다.

3. "고속도로"란 자동차의 고속 운행에만 사용하기 위하여 지정된 도로를 말한다.
4. "차도"(車道)란 연석선(차도와 보도를 구분하는 돌 등으로 이어진 선을 말한다. 이하 같다), 안전표지 또는 그와 비슷한 인공구조물을 이용하여 경계(境界)를 표시하여 모든 차가 통행할 수 있도록 설치된 도로의 부분을 말한다.
5. "중앙선"이란 차마의 통행 방향을 명확하게 구분하기 위하여 도로에 황색 실선(實線)이나 황색 점선 등의 안전표지로 표시한 선 또는 중앙 분리대나 울타리 등으로 설치한 시설물을 말한다. 다만, 제14조제1항 후단에 따라 가변차로(可變車路)가 설치된 경우에는 신호기가 지시하는 진행방향의 가장 왼쪽에 있는 황색 점선을 말한다.
6. "차로"란 차마가 한 줄로 도로의 정하여진 부분을 통행하도록 차선(車線)으로 구분한 차도의 부분을 말한다.
7. "차선"이란 차로와 차로를 구분하기 위하여 그 경계지점을 안전표지로 표시한 선을 말한다.
- 7의2. "노면전차 전용로"란 도로에서 궤도를 설치하고, 안전표지 또는 인공구조물로 경계를 표시하여 설치한 「도시철도법」 제18조의2제1항 각 호에 따른 도로 또는 차로를 말한다.
8. "자전거도로"란 안전표지, 위험방지용 울타리나 그와 비슷한 인공구조물로 경계를 표시하여 자전거가 통행할 수 있도록 설치된 「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제3조 각 호의 도로를 말한다.
9. "자전거횡단도"란 자전거가 일반도로를 횡단할 수 있도록 안전표지로 표시한 도로의 부분을 말한다.
10. "보도"(步道)란 연석선, 안전표지나 그와 비슷한 인공구조물로 경계를 표시하여 보행자(유모차와 행정안전부령으로 정하는 보행보조용 의자차를 포함한다. 이하 같다)가 통행할 수 있도록 한 도로의 부분을 말한다.
11. "길가장자리구역"이란 보도와 차도가 구분되지 아니한 도로에서 보행자의 안전을 확보하기 위하여 안전표지 등으로 경계를 표시한 도로의 가장자리 부분을 말한다.
12. "횡단보도"란 보행자가 도로를 횡단할 수 있도록 안전표지로 표시한 도로의 부분을 말한다.

13. "교차로"란 '십'자로, 'T'자로나 그 밖에 둘 이상의 도로(보도와 차도가 구분되어 있는 도로에서는 차도를 말한다)가 교차하는 부분을 말한다.

14. "안전지대"란 도로를 횡단하는 보행자나 통행하는 차마의 안전을 위하여 안전표지나 이와 비슷한 인공구조물로 표시한 도로의 부분을 말한다.

15. "신호기"란 도로교통에서 문자·기호 또는 등화(燈火)를 사용하여 진행·정지·방향전환·주의 등의 신호를 표시하기 위하여 사람이나 전기의 힘으로 조작하는 장치를 말한다.

16. "안전표지"란 교통안전에 필요한 주의·규제·지시 등을 표시하는 표지판이나 도로의 바닥에 표시하는 기호·문자 또는 선 등을 말한다.

17. "차마"란 다음 각 목의 차와 우마를 말한다.

가. "차"란 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.

- 1) 자동차
- 2) 건설기계
- 3) 원동기장치자전거
- 4) 자전거
- 5) 사람 또는 가축의 힘이나 그 밖의 동력(動力)으로 도로에서 운전되는 것. 다만, 철길이나 가설(架設)된 선을 이용하여 운전되는 것, 유모차와 행정안전부령으로 정하는 보행보조용 의자차는 제외한다.

나. "우마"란 교통이나 운수(運輸)에 사용되는 가축을 말한다.

17의2. "노면전차"란 「도시철도법」 제2조제2호에 따른 노면전차로서 도로에서 궤도를 이용하여 운행되는 차를 말한다.

18. "자동차"란 철길이나 가설된 선을 이용하지 아니하고 원동기를 사용하여 운전되는 차(견인되는 자동차도 자동차의 일부로 본다)로서 다음 각 목의 차를 말한다.

가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 다음의 자동차. 다만, 원동기장치자전거는 제외한다.

- 1) 승용자동차
- 2) 승합자동차
- 3) 화물자동차
- 4) 특수자동차

5) 이륜자동차

나. 「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계

19. "원동기장치자전거"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 차를 말한다.

가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 이륜자동차 가운데 배기량 125cc 이하의 이륜자동차

나. 배기량 50cc 미만(전기를 동력으로 하는 경우에는 정격출력 0.59킬로와트 미만)의 원동기를 단 차(「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호의2에 따른 전기자전거는 제외한다)

20. "자전거"란 「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호 및 제1호의2에 따른 자전거 및 전기자전거를 말한다.

21. "자동차등"이란 자동차와 원동기장치자전거를 말한다.

22. "긴급자동차"란 다음 각 목의 자동차로서 그 본래의 긴급한 용도로 사용되고 있는 자동차를 말한다.

가. 소방차

나. 구급차

다. 혈액 공급차량

라. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자동차

23. "어린이통학버스"란 다음 각 목의 시설 가운데 어린이(13세 미만인 사람)를 말한다. 이하 같다)를 교육 대상으로 하는 시설에서 어린이의 통학 등에 이용되는 자동차와 「여객자동차 운수사업법」 제4조제3항에 따른 여객자동차운송사업의 한정면허를 받아 어린이를 여객대상으로 하여 운행되는 운송사업용 자동차를 말한다.

가. 「유아교육법」에 따른 유치원, 「초·중등교육법」에 따른 초등학교 및 특수학교

나. 「영유아보육법」에 따른 어린이집

다. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」에 따라 설립된 학원

라. 「체육시설의 설치·이용에 관한 법률」에 따라 설립된 체육시설

24. "주차"란 운전자가 승객을 기다리거나 화물을 싣거나 차가 고장 나거나 그 밖의 사유로 차를 계속 정지 상태에 두는 것 또는 운전자가 차에서 떠나서 즉시 그 차를 운전할 수 없는 상태에 두는 것을 말한다.

25. "정차"란 운전자가 5분을 초과하지 아니하고 차를 정지시키는 것으

로서 주차 외의 정지 상태를 말한다.

26. "운전"이란 도로(제44조·제45조·제54조제1항·제148조·제148조의2 및 제156조제10호의 경우에는 도로 외의 곳을 포함한다)에서 차마를 그 본래의 사용방법에 따라 사용하는 것(조종을 포함한다)을 말한다.

27. "초보운전자"란 처음 운전면허를 받은 날(처음 운전면허를 받은 날부터 2년이 지나기 전에 운전면허의 취소처분을 받은 경우에는 그 후 다시 운전면허를 받은 날을 말한다)부터 2년이 지나지 아니한 사람을 말한다. 이 경우 원동기장치자전거면허만 받은 사람이 원동기장치자전거면허 외의 운전면허를 받은 경우에는 처음 운전면허를 받은 것으로 본다.

28. "서행"(徐行)이란 운전자가 차를 즉시 정지시킬 수 있는 정도의 느린 속도로 진행하는 것을 말한다.

29. "앞지르기"란 차의 운전자가 앞서가는 다른 차의 옆을 지나서 그 차의 앞으로 나가는 것을 말한다.

30. "일시정지"란 차의 운전자가 그 차의 바퀴를 일시적으로 완전히 정지시키는 것을 말한다.

31. "보행자전용도로"란 보행자만 다닐 수 있도록 안전표지나 그와 비슷한 인공구조물로 표시한 도로를 말한다.

32. "자동차운전학원"이란 자동차등의 운전에 관한 지식·기능을 교육하는 시설로서 다음 각 목의 시설 외의 시설을 말한다.

가. 교육 관계 법령에 따른 학교에서 소속 학생 및 교직원의 연수를 위하여 설치한 시설

나. 사업장 등의 시설로서 소속 직원의 연수를 위한 시설

다. 전산장치에 의한 모의운전 연습시설

라. 지방자치단체 등이 신체장애인의 운전교육을 위하여 설치하는 시설 가운데 지방경찰청장이 인정하는 시설

마. 대가(代價)를 받지 아니하고 운전교육을 하는 시설

바. 운전면허를 받은 사람을 대상으로 다양한 운전경험을 체험할 수 있도록 하기 위하여 도로가 아닌 장소에서 운전교육을 하는 시설

33. "모범운전자"란 제146조에 따라 무사고운전자 또는 유공운전자의 표시장을 받거나 2년 이상 사업용 자동차 운전에 종사하면서 교통사고

를 일으킨 전력이 없는 사람으로서 경찰청장이 정하는 바에 따라 선발
되어 교통안전 봉사활동에 종사하는 사람을 말한다.

제10관 모자보건법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "임산부"란 임신 중이거나 분만 후 6개월 미만인 여성을 말한다.
2. "모성"이란 임산부와 가임기(可妊期) 여성을 말한다.
3. "영유아"란 출생 후 6년 미만인 사람을 말한다.
4. "신생아"란 출생 후 28일 이내의 영유아를 말한다.
5. "미숙아(未熟兒)"란 신체의 발육이 미숙한 채로 출생한 영유아로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 영유아를 말한다.
6. "선천성이상아(先天性異常兒)"란 선천성 기형(奇形) 또는 변형(變形)이 있거나 염색체에 이상이 있는 영유아로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 영유아를 말한다.
7. "인공임신중절수술"이란 태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술을 말한다.
8. "모자보건사업"이란 모성과 영유아에게 전문적인 보건의료서비스 및 그와 관련된 정보를 제공하고, 모성의 생식건강(生殖健康) 관리와 임신·출산·양육 지원을 통하여 이들이 신체적·정신적·사회적으로 건강을 유지하게 하는 사업을 말한다.
9. 삭제
10. "산후조리업(産後調理業)"이란 산후조리 및 요양 등에 필요한 인력과 시설을 갖춘 곳(이하 "산후조리원"이라 한다)에서 분만 직후의 임신부나 출생 직후의 영유아에게 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 업(業)을 말한다.
11. "난임(難妊)"이란 부부가 피임을 하지 아니한 상태에서 부부(사실상의 혼인관계에 있는 경우를 포함한다. 이하 이 호에서 같다)간 정상적인 성생활을 하고 있음에도 불구하고 1년이 지나도 임신이 되지 아니하

는 상태를 말한다.

12. "보조생식술"이란 임신을 목적으로 자연적인 생식과정에 인위적으로 개입하는 의료행위로서 인간의 정자와 난자의 채취 등 보건복지부령으로 정하는 시술을 말한다.

제14조(인공임신중절수술의 허용한계)

① 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다.

1. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우
2. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우
3. 강간 또는 준강간(準強姦)에 의하여 임신된 경우
4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우
5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우

② 제1항의 경우에 배우자의 사망·실종·행방불명, 그 밖에 부득이한 사유로 동의를 받을 수 없으면 본인의 동의만으로 그 수술을 할 수 있다.

③ 제1항의 경우 본인이나 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자나 후견인의 동의로, 친권자나 후견인이 없을 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의를 갈음할 수 있다.

제11관 민법

제27조(실종의 선고)

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

제1000조(상속의 순위)

- ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.
 - 1. 피상속인의 직계비속
 - 2. 피상속인의 직계존속
 - 3. 피상속인의 형제자매
 - 4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족
- ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
- ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

제12관 보험업법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

(생략)

19. "전문보험계약자"란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반 보험계약자로 본다.

가. 국가

나. 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융기관

라. 주권상장법인

마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자

20. "일반보험계약자"란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.

제108조(특별계정의 설정·운용)

- ① 보험회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약에 대하여는 대

통령령으로 정하는 바에 따라 그 준비금에 상당하는 자산의 전부 또는 일부를 그 밖의 자산과 구별하여 이용하기 위한 계정(이하 "특별계정"이라 한다)을 각각 설정하여 운용할 수 있다.

1. 「조세특례제한법」 제86조의2에 따른 연금저축계약
 2. 「근로자퇴직급여 보장법」 제16조제2항에 따른 보험계약 및 법률 제 7379호 근로자퇴직급여보장법 부칙 제2조제1항에 따른 퇴직보험계약
 3. 변액보험계약(보험금이 자산운용의 성과에 따라 변동하는 보험계약을 말한다)
 4. 그 밖에 금융위원회가 필요하다고 인정하는 보험계약
- ② 보험회사는 특별계정에 속하는 자산은 다른 특별계정에 속하는 자산 및 그 밖의 자산과 구분하여 회계처리하여야 한다.
- ③ 보험회사는 특별계정에 속하는 이익을 그 계정상의 보험계약자에게 분배할 수 있다.
- ④ 특별계정에 속하는 자산의 운용방법 및 평가, 이익의 분배, 자산운용 실적의 비교·공시, 운용전문인력의 확보, 의결권 행사의 제한 등 보험계약자 보호에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제13관 보험업법시행령

제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)

- ① 법 제2조제19호 각 목 외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.
1. 지방자치단체
 2. 주권상장법인
 3. 제2항제15호에 해당하는 자
 4. 제3항제15호, 제16호 및 제18호에 해당하는 자
- ② 법 제2조제19호다목에서 "대통령령으로 정하는 금융기관"이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.
1. 보험회사
 2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
 3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회

4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회
 5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회
 6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회
 7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회
 8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회
 9. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사
 10. 「은행법」에 따른 은행
 11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제22조에 따른 겸영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사
 12. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
 13. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
 14. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
 15. 제1호부터 제14호까지의 기관에 준하는 외국금융기관
- ③ 법 제2조제19호마목에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.
1. 지방자치단체
 2. 법 제83조에 따라 모집을 할 수 있는 자
 3. 법 제175조에 따른 보험협회, 법 제176조에 따른 보험요율 산출기관 및 법 제178조에 따른 보험 관계 단체
 4. 「금융회사부실자산 등의 효율적 처리 및 한국자산관리공사의 설립에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사
 5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다)
 6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사
 7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제373조의2에 따라 허가를 받은 거래소(이하 "거래소"라 한다)
 8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
 9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
 10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사
 11. 삭제

12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
15. 법률에 따라 설립된 기금(제12호와 제13호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·운용하는 법인
16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
 - 가. 외국 정부
 - 나. 조약에 따라 설립된 국제기구
 - 다. 외국 중앙은행
 - 라. 제1호부터 제15호까지 및 제18호의 자에 준하는 외국인
18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

제14관 상법

제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년 내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제732조(15세미만자등에 대한 계약의 금지)

15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다. 다만, 심신박약자가 보험계약을 체결하거나 제735

조의3에 따른 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

제 15 관 소득세법

제1조의2(정의)

- ① 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. "거주자"란 국내에 주소를 두거나 183일 이상의居所(居所)를 둔 개인을 말한다.
 2. "비거주자"란 거주자가 아닌 개인을 말한다.
 3. "내국법인"이란 「법인세법」 제2조제1호에 따른 내국법인을 말한다.
 4. "외국법인"이란 「법인세법」 제2조제3호에 따른 외국법인을 말한다.
 5. "사업자"란 사업소득이 있는 거주자를 말한다.
- ② 제1항에 따른 주소·거소와 거주자·비거주자의 구분은 대통령령으로 정한다.

제20조의3(연금소득)

- ① 연금소득은 해당 과세기간에 발생한 다음 각 호의 소득으로 한다.
1. 공적연금 관련법에 따라 받는 각종 연금(이하 "공적연금소득"이라 한다)
 2. 다음 각 목에 해당하는 금액을 그 소득의 성격에도 불구하고 연금계좌["연금저축"의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 "연금저축계좌"라 한다) 또는 퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 "퇴직연금계좌"라 한다)를 말한다. 이하 같다]에서 대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출(이하 "연금수령"이라 하며, 연금수령 외의 인출은 "연금외수령"이라 한다)하는 경우의 그 연금
- 가. 제146조제2항에 따라 원천징수되지 아니한 퇴직소득
- 나. 제59조의3제1항및제2항에 따라 세액공제를 받은 연금계좌 납입액
- 다. 연금계좌의 운용실적에 따라 증가된 금액
- 라. 그 밖에 연금계좌에 이체 또는 입금되어 해당 금액에 대한 소득세

가 이연(移延)된 소득으로서 대통령령으로 정하는 소득

3. 제2호에 따른 소득과 유사하고 연금 형태로 받는 것으로서 대통령령으로 정하는 소득

② 공적연금소득은 2002년 1월 1일 이후에 납입된 연금 기여금 및 사용자 부담금(국가 또는 지방자치단체의 부담금을 포함한다. 이하 같다)을 기초로 하거나 2002년 1월 1일 이후 근로의 제공을 기초로 하여 받는 연금소득으로 한다.

③ 연금소득금액은 제1항 각 호에 따른 소득의 금액의 합계액(제2항에 따라 연금소득에서 제외되는 소득과 비과세소득의 금액은 제외하며, 이하 "총연금액"이라 한다)에서 제47조의2에 따른 연금소득공제를 적용한 금액으로 한다.

④ 연금소득의 범위 및 계산방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제44조(상속의 경우의 소득금액의 구분 계산)

① 피상속인의 소득금액에 대한 소득세로서 상속인에게 과세할 것과 상속인의 소득금액에 대한 소득세는 구분하여 계산하여야 한다.

② 연금계좌의 가입자가 사망하였으나 그 배우자가 연금외수령 없이 해당 연금계좌를 상속으로 승계하는 경우에는 제1항에도 불구하고 해당 연금계좌에 있는 피상속인의 소득금액은 상속인의 소득금액으로 보아 소득세를 계산한다.

③ 제2항에 따른 연금계좌의 승계방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제50조(기본공제)

① 종합소득이 있는 거주자(자연인만 해당한다)에 대해서는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람의 수에 1명당 연 150만원을 곱하여 계산한 금액을 그 거주자의 해당 과세기간의 종합소득금액에서 공제한다.

1. 해당 거주자

2. 거주자의 배우자로서 해당 과세기간의 소득금액이 없거나 해당 과세기간의 소득금액 합계액이 100만원 이하인 사람(총급여액 500만원 이하의 근로소득만 있는 배우자를 포함한다)

3. 거주자(그 배우자를 포함한다. 이하 이 호에서 같다)와 생계를 같이 하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 부양가족(제51조제1항제2호의 장애인에 해당되는 경우에는 나이의 제한을 받지 아니한다)으로서 해당 과세기간의 소득금액 합계액이 100만원 이하인 사람(총급여액 500만원 이하의 근로소득만 있는 부양가족을 포함한다)

가. 거주자의 직계존속(직계존속이 재혼한 경우에는 그 배우자로서 대통령령으로 정하는 사람을 포함한다)으로서 60세 이상인 사람

나. 거주자의 직계비속으로서 대통령령으로 정하는 사람과 대통령령으로 정하는 동거 입양자(이하 "입양자"라 한다)로서 20세 이하인 사람. 이 경우 해당 직계비속 또는 입양자와 그 배우자가 모두 제51조제1항제2호에 따른 장애인에 해당하는 경우에는 그 배우자를 포함한다.

다. 거주자의 형제자매로서 20세 이하 또는 60세 이상인 사람

라. 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급권자 중 대통령령으로 정하는 사람
마. 「아동복지법」에 따른 가정위탁을 받아 양육하는 아동으로서 대통령령으로 정하는 사람(이하 "위탁아동"이라 한다)

② 제1항에 따른 공제를 "기본공제"라 한다.

③ 거주자의 배우자 또는 부양가족이 다른 거주자의 부양가족에 해당되는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이를 어느 한 거주자의 종합소득금액에서 공제한다.

제59조의3(연금계좌세액공제)

① 종합소득이 있는 거주자가 연금계좌에 납입한 금액 중 다음 각 호에 해당하는 금액을 제외한 금액(이하 "연금계좌 납입액"이라 한다)의 100분의 12[해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 4천만원 이하(근로소득만 있는 경우에는 총급여액 5천 500만원 이하)인 거주자에 대해서는 100분의 15]에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 400만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 400만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 700만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하되, 해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 1

억원 초과(근로소득만 있는 경우에는 총급여액 1억2천만원 초과)인 거주자에 대해서는 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 300만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 300만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 700만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

1. 제146조제2항에 따라 소득세가 원천징수되지 아니한 퇴직소득 등 과세가 이연된 소득

2. 연금계좌에서 다른 연금계좌로 계약을 이전함으로써 납입되는 금액

② 제1항에 따른 공제를 "연금계좌세액공제"라 한다.

③ 「조세특례제한법」 제91조의18에 따른 개인종합자산관리계좌의 계약기간이 만료되고 해당 계좌 잔액의 전부 또는 일부를 대통령령으로 정하는 방법으로 연금계좌로 납입한 경우 그 납입한 금액(이하 이 조에서 "전환금액"이라 한다)을 납입한 날이 속하는 과세기간의 연금계좌 납입액에 포함한다.

④ 전환금액이 있는 경우에는 제1항 각 호 외의 부분 단서에도 불구하고 같은 항을 적용할 때 전환금액의 100분의 10 또는 300만원(직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 300만원에서 직전 과세기간에 적용된 금액을 차감한 금액으로 한다) 중 적은 금액과 제1항 각 호 외의 부분 단서에 따라 연금계좌에 납입한 금액으로 하는 금액을 합한 금액을 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 연금계좌세액공제의 계산방법, 신청 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제16관 소득세법 시행령

제20조의2(의료 목적 또는 부득이한 인출의 요건 등)

① 법 제14조제3항제9호나목에서 "의료목적, 천재지변이나 그 밖에 부득이한 사유 등 대통령령으로 정하는 요건을 갖추어 인출하는 연금소득"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여 법 제20조의3제1항제2호에 따른 연금계좌(이하 "연금계좌"라 한다)에서 인출하는 금액을 말한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사유가 발생하여 연금계좌25조
좌에서 인출하려는 사람이 해당 사유가 확인된 날부터 6개월 이내에 그
사유를 확인할 수 있는 서류를 갖추어 연금계좌를 취급하는 금융회사
등(이하 "연금계좌취급자"라 한다)에게 제출하는 경우

가. 천재지변

나. 연금계좌 가입자의 사망 또는 해외이주

다. 연금계좌 가입자 또는 그 부양가족[법 제50조에 따른 기본공제대상
이 되는 사람(소득의 제한은 받지 아니한다)으로 한정한다]이 질병·부상
에 따라 3개월 이상의 요양이 필요한 경우

라. 연금계좌 가입자가 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 파산
의 선고 또는 개인회생절차개시의 결정을 받은 경우

마. 연금계좌취급자의 영업정지, 영업 인·허가의 취소, 해산결의 또는
파산선고

2. 제40조의2제3항제1호 및 제2호를 충족한 연금계좌 가입자가 제
118조의5제1항 및 제2항에 따른 의료비(본인을 위한 의료비에 한정하
다)를 연금계좌에서 인출하기 위하여 해당 의료비를 지급한 날부터 6개
월 이내에 기획재정부령으로 정하는 증명서류를 연금계좌취급자에게 제
출하는 경우

② 제1항제1호다목에 따라 인출하는 금액은 제118조의5제1항 및 제2
항에 따른 의료비, 간병인 비용, 보건복지부 장관이 고시하는 최저생계
비 등을 고려하여 기획재정부령으로 정하는 금액 이내의 금액으로 한정
한다.

③ 제1항제2호에 따라 의료비를 인출하는 경우에는 1명당 하나의 연금
계좌만 의료비연금계좌로 지정(해당 연금계좌의 연금계좌취급자가 지정
에 동의하는 경우에 한정한다)하여 인출할 수 있다.

④ 연금계좌취급자는 제1항제1호 및 제2호에 따라 제출받은 증명서류
를 해당 인출에 대한 원천징수세액 납부기한의 다음 날부터 5년간 보관
하여야 한다.

⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에서 정한 사항 외에 연금계좌 인출의
절차 등에 필요한 사항은 기획재정부령으로 정한다.

제25조(저축성보험의 보험차익)

① 법 제16조제1항제9호 각 목 외의 부분 본문에서 “대통령령으로 정하는 저축성보험의 보험차익”이란 보험계약에 따라 만기 또는 보험의 계약기간 중에 받는 보험금·공제금 또는 계약기간 중도에 해당 보험계약이 해지됨에 따라 받는 환급금(피보험자의 사망·질병·부상 그 밖의 신체상의 상해로 인하여 받거나 자산의 멸실 또는 손괴로 인하여 받는 것이 아닌 것으로 한정하며, 이하 이 조에서 “보험금”이라 한다)에서 납입 보험료 또는 납입공제료(이하 이 조에서 “보험료”라 한다)를 뺀 금액을 말한다.

② 제1항에서 “보험계약”이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.

1. 「보험업법」에 따른 생명보험계약 또는 손해보험계약
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당되는 기관이 해당 법률에 의하여 영위하는 생명공제계약 또는 손해공제계약

가. 삭제

나. 「수산업협동조합법」에 의한 수산업협동조합중앙회 및 조합

다. 삭제

라. 「신용협동조합법」에 의한 신용협동조합중앙회

마. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고중앙회

3. 「우체국예금·보험에 관한 법률」에 의한 우체국보험계약

③ 법 제16조제1항제9호가목에서 “대통령령으로 정하는 요건을 갖춘 보험”이란 보험계약 체결시점부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험을 말한다.

1. 계약자 1명당 납입할 보험료 합계액[계약자가 가입한 모든 저축성보험계약(제2호에 따른 저축성보험 및 제4항에 따른 종신형 연금보험은 제외한다)의 보험료 합계액을 말한다]이 다음 각 목의 구분에 따른 금액 이하인 저축성보험. 다만, 최초로 보험료를 납입한 날(이하 이 조에서 “최초납입일”이라 한다)부터 만기일 또는 중도해지일까지의 기간은 10년 이상이지만 납입한 보험료를 최초납입일부터 10년이 경과하기 전에 확정된 기간 동안 연금형태로 분할하여 지급받는 경우는 제외한다.

가. 2017년 3월 31일까지 체결하는 보험계약의 경우: 2억원

나. 2017년 4월 1일부터 체결하는 보험계약의 경우: 1억원

2. 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 월적립식 저축성보험

가. 최초납입일부터 납입기간이 5년 이상인 월적립식 보험계약일 것

나. 최초납입일부터 매월 납입하는 기본보험료가 균등(최초 계약한 기본보험료의 1배 이내로 기본보험료를 증액하는 경우를 포함한다)하고, 기본보험료의 선납기간이 6개월 이내일 것

다. 계약자 1명당 매월 납입하는 보험료 합계액[계약자가 가입한 모든 월적립식 보험계약(만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험계약으로서 기획재정부령으로 정하는 것은 제외한다)의 기본보험료, 추가로 납입하는 보험료 등 월별로 납입하는 보험료를 기획재정부령으로 정하는 방식에 따라 계산한 합계액을 말한다]이 150만원 이하일 것(2017년 4월 1일부터 체결하는 보험계약으로 한정한다)

④ 법 제16조제1항제9호나목에서 “대통령령으로 정하는 요건을 갖춘 종신행 연금보험”이란 보험계약 체결시점부터 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 종신행 연금보험을 말한다.

1. 계약자가 보험료 납입 계약기간 만료 후 55세 이후부터 사망시까지 보험금·수익 등을 연금으로 지급받을 것

2. 연금 외의 형태로 보험금·수익 등을 지급하지 아니할 것

3. 사망시[「통계법」 제18조에 따라 통계청장이 승인하여 고시하는 통계표에 따른 성별·연령별 기대여명 연수(소수점 이하는 버리며, 이하 이 조에서 “기대여명연수”라 한다) 이내에서 보험금·수익 등을 연금으로 지급하기로 보증한 기간(이하 이 조에서 “보증기간”이라 한다)이 설정된 경우로서 계약자가 해당 보증기간 이내에 사망한 경우에는 해당 보증기간의 종료시를 말한다] 보험계약 및 연금재원이 소멸할 것

4. 계약자와 피보험자 및 수익자가 동일하고 최초 연금지급개시 이후 사망일 전에 중도해지할 수 없을 것

5. 매년 수령하는 연금액[연금수령 개시 후에 금리변동에 따라 변동된 금액과 이연(移延)하여 수령하는 연금액은 포함하지 아니한다]이 다음의 계산식에 따라 계산한 금액을 초과하지 아니할 것

$\frac{\text{연금수령 개시일 현재 연금계좌 평가액}}{\text{연금수령 개시일 현재 기대여명 연수}} \times 3$

⑤ 제3항 및 제4항의 보험계약을 체결한 후 해당 요건을 충족하지 못

하게 된 경우에는 그 보험계약은 제3항 및 제4항의 보험계약에서 제외한다. 다만, 제3항제2호에 해당하는 보험계약이 그 보험계약을 체결한 후 해당 요건을 충족하지 못하게 된 경우라도 제3항제1호의 요건을 충족하는 경우 그 보험계약은 제3항제1호의 보험계약에 해당하는 것으로 보며, 제4항에 해당하는 보험계약이 그 보험계약을 체결한 후 해당 요건을 충족하지 못하게 된 경우라도 제3항 각 호의 어느 하나에 해당하는 요건을 갖춘 경우 그 보험계약은 제3항 각 호의 보험계약에 해당하는 것으로 본다.

⑥ 제3항제1호 및 제2호의 보험계약과 2013년 2월 15일 전에 체결된 보험계약(대통령령 제24356호 소득세법 시행령 일부개정령 부칙 제35조에 따라 종전의 제25조제1항을 적용하는 보험계약을 말하며, 이하 이 항에서 "종전의 보험계약"이라 한다)에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 변경(종전의 보험계약에 대해서는 제3호의 변경으로 한정한다)이 있는 때에는 그 변경일을 해당 보험계약의 최초납입일로 한다. 다만, 제3항제2호의 보험계약에 대하여 제1호 또는 제2호에 해당하는 변경이 있을 때에는 계약변경일까지의 보험료 납입기간은 제3항제2호가목에 따른 납입기간에 포함하고, 계약변경 전에 납입한 보험료는 계약변경 이후에도 제3항제2호나목의 요건을 충족한 것으로 본다.

1. 계약자 명의가 변경(사망에 의한 변경은 제외한다)되는 경우
2. 보장성보험을 저축성보험으로 변경하는 경우
3. 최초 계약한 기본보험료의 1배를 초과하여 기본보험료를 증액하는 경우

⑦ 제6항에 따라 보험계약을 변경하는 경우 제3항제1호 및 같은 항 제2호가목에 따른 보험료 합계액의 계산방식은 기획재정부령으로 정한다.

⑧ 제1항의 규정에 의한 보험료를 계산함에 있어서 보험계약기간중에 보험계약에 의하여 받은 배당금 기타 이와 유사한 금액(이하 이 항에서 "배당금등"이라 한다)은 이를 납입보험료에서 차감하되, 그 배당금등으로 납입할 보험료를 상계한 경우에는 배당금등을 받아 보험료를 납입한 것으로 본다.

제26조(이자소득의 범위)

①법 제16조제1항제10호에서 "대통령령으로 정하는 직장공제회"란 「민

법」 제32조 또는 그 밖의 법률에 따라 설립된 공제회·공제조합(이와 유사한 단체를 포함한다)으로서 동일직장이나 직종에 종사하는 근로자들의 생활안정, 복리증진 또는 상호부조 등을 목적으로 구성된 단체를 말한다.

② 법 제16조제1항제10호에 따른 초과반환금은 근로자가 퇴직하거나 탈퇴하여 그 규약에 따라 직장공제회로부터 받는 반환금에서 납입공제료를 뺀 금액(이하 "납입금 초과이익"이라 한다)과 반환금을 분할하여 지급하는 경우 그 지급하는 기간 동안 추가로 발생하는 이익(이하 "반환금 추가이익"이라 한다)으로 한다.

③ 법 제16조제1항제11호에 따른 비영업대금(非營業貸金)의 이익은 금전의 대여를 사업목적으로 하지 아니하는 자가 일시적·우발적으로 금전을 대여함에 따라 지급받는 이자 또는 수수료 등으로 한다.

④ 거주자가 일정기간 후에 같은 종류로서 같은 양의 채권을 반환받는 조건으로 채권을 대여하고 해당 채권의 차입자로부터 지급받는 해당 채권에서 발생하는 이자에 상당하는 금액은 법 제16조제1항제12호에 따른 이자소득에 포함된다.

⑤ 법 제16조제1항제13호에서 “대통령령으로 정하는 바에 따라 결합된 경우”란 개인이 이자소득이 발생하는 상품(이하 이 항에서 “이자부상품”이라 한다)과 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제5조에 따른 파생상품(이하 “파생상품”이라 한다)을 함께 거래하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

1. 다음 각 목의 요건을 모두 갖추어 실질상 하나의 상품과 같이 운영되는 경우

가. 금융회사 등이 직접 개발·판매한 이자부상품의 거래와 해당 금융회사 등의 파생상품 계약이 해당 금융회사 등을 통하여 이루어질 것

나. 파생상품이 이자부상품의 원금 및 이자소득의 전부 또는 일부(이하 이 항에서 “이자소득등”이라 한다)나 이자소득등의 가격·이자율·지표·단위 또는 이를 기초로 하는 지수 등에 따라 산출된 금전이나 그 밖의 재산적 가치가 있는 것을 거래하는 계약일 것

다. 가목에 따른 금융회사 등이 이자부상품의 이자소득등과 파생상품으로부터 이익을 지급할 것

2. 다음 각 목의 요건을 모두 갖추어 장래의 특정 시점에 금융회사 등

이 지급하는 파생상품(「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제166조의 2제1항제1호에 해당하는 경우에 한정한다)으로부터의 이익이 확정되는 경우

가. 금융회사 등이 취급한 이자부상품의 거래와 해당 금융회사 등의 파생상품의 계약이 해당 금융회사 등을 통하여 이루어질 것(이자부상품의 거래와 파생상품의 계약이 2 이상의 금융회사 등을 통하여 별도로 이루어지더라도 파생상품의 계약을 이행하기 위하여 이자부상품을 질권으로 설정하거나 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률 시행령」 제103조에 따른 금전신탁을 통하여 이루어지는 경우를 포함한다)

나. 파생상품이 이자부상품의 이자소득등이나 이자소득등의 가격·이자율·지표·단위 또는 이를 기초로 하는 지수 등에 따라 산출된 금전이나 그 밖의 재산적 가치가 있는 것을 거래하는 계약일 것

다. 파생상품으로부터의 확정적인 이익이 이자부상품의 이자소득보다 클 것

제40조의2(연금계좌 등)

① 법 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에서 ""연금저축"의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌"란 제1호에 해당하는 계좌를 말하고, "퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌"란 제2호에 해당하는 계좌를 말한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사 등과 체결한 계약에 따라 "연금저축"이라는 명칭으로 설정하는 계좌(이하 "연금저축계좌"라 한다)

가. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제12조에 따라 인가를 받은 신탁업자와 체결하는 신탁계약

나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제12조에 따라 인가를 받은 투자중개업자와 체결하는 집합투자증권 중개계약

다. 제25조제2항에 따른 보험계약을 취급하는 기관과 체결하는 보험계약

2. 퇴직연금을 지급받기 위하여 가입하여 설정하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 계좌(이하 "퇴직연금계좌"라 한다)

가. 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제9호의 확정기여형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌

나. 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제10호의 개인형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌

다. 「과학기술인공제회법」 제16조제1항에 따른 퇴직연금급여를 지급받기 위하여 설정하는 계좌

② 연금계좌의 가입자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우 법 제59조의3제1항에 따른 연금계좌 납입액(제118조의3에 따라 연금계좌에 납입한 것으로 보는 금액을 포함하며, 이하 "연금보험료"라 한다)으로 볼 수 있다.

1. 다음 각 목의 금액을 합한 금액 이내(연금계좌가 2개 이상인 경우에는 그 합계액을 말한다)의 금액을 납입할 것. 이 경우 해당 과세기간 이전의 연금보험료는 납입할 수 없으나, 보험계약의 경우에는 최종납입일이 속하는 달의 말일부터 3년 2개월이 경과하기 전에는 그 동안의 연금보험료를 납입할 수 있다.

가. 연간 1천800만원

나. 법 제59조의3제3항에 따른 전환금액[「조세특례제한법」 제91조의18에 따른 개인종합자산관리계좌(이하 "개인종합자산관리계좌"라 한다)의 계약기간 만료일 기준 잔액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다. 다만, 직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 개인종합자산관리계좌의 계약기간 만료일 기준 잔액에서 직전 과세기간에 납입한 금액을 차감한 금액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다]

2. 연금수령 개시를 신청한 날(연금수령 개시일을 사전에 약정한 경우에는 약정에 따른 개시일을 말한다) 이후에는 연금보험료를 납입하지 않을 것

③ 법 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출"이란 연금계좌에서 다음 각 호의 요건을 모두 갖추어 인출하거나 제20조의2제1항에 따라 인출(이하 "연금수령"이라 하며, 연금수령 외의 인출은 "연금외수령"이라 한다)하는 것을 말한다. 다만, 법 제20조의3제1항제2호가목의 퇴직소득을 제20조의2제1항제1호나목에 따른 해외이주에 해당하는 사유로 인출하는 경우에는 해당 퇴직소득을 연금계좌에 입금한 날부터 3년 이후 해외이주하는 경우에 한정하여 연금수령으로 본다.

1. 가입자가 55세 이후 연금계좌취급자에게 연금수령 개시를 신청한 후 인출할 것
2. 연금계좌의 가입일부터 5년이 경과된 후에 인출할 것. 다만, 법 제 20조의3제1항제2호가목에 따른 금액(퇴직소득이 연금계좌에서 직접 인출되는 경우를 포함하며, 이하 "이연퇴직소득"이라 한다)이 연금계좌에 있는 경우에는 그러하지 아니한다.
3. 과세기간 개시일(연금수령 개시를 신청한 날이 속하는 과세기간에는 연금수령 개시를 신청한 날로 한다) 현재 다음의 계산식에 따라 계산된 금액(이하 "연금수령한도"라 한다) 이내에서 인출할 것. 이 경우 제20조의2제1항에 따라 인출한 금액은 인출한 금액에 포함하지 아니한다.

$$\frac{\text{연금계좌의 평가액}}{(11 - \text{연금수령연차})} \times \frac{120}{100}$$

- ④ 제3항제3호의 계산식에서 "연금수령연차"란 최초로 연금수령할 수 있는 날이 속하는 과세기간을 기산연차로 하여 그 다음 과세기간을 누적 합산한 연차를 말하며, 연금수령연차가 11년 이상인 경우에는 그 계산식을 적용하지 아니한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우의 기산연차는 다음 각 호를 따른다.

1. 2013년 3월 1일 전에 가입한 연금계좌[2013년 3월 1일 전에 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제8호에 따른 확정급여형퇴직연금제도(이하 "확정급여형퇴직연금제도"라 한다)에 가입한 사람이 퇴직하여 퇴직소득 전액이 새로 설정된 연금계좌로 이체되는 경우를 포함한다]의 경우: 6년차
2. 법 제44조제2항에 따라 연금계좌를 승계한 경우: 사망일 당시 피상속인의 연금수령연차

- ⑤ 연금계좌에서 연금수령한도를 초과하여 인출하는 금액은 연금외수령하는 것으로 본다.

- ⑥ 연금계좌 가입자가 연금수령개시 또는 연금계좌의 해지를 신청하는 경우 연금계좌취급자는 기획재정부령으로 정하는 연금수령개시 및 해지명세서를 다음 달 10일까지 관할 세무서장에게 제출하여야 한다.

제40조의4(연금계좌의 이체)

- ① 연금계좌에 있는 금액이 연금수령이 개시되기 전의 다른 연금계좌로

이체되는 경우에는 이를 인출로 보지 아니한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니한다.

1. 연금저축계좌와 퇴직연금계좌 상호 간에 이체되는 경우
2. 2013년 3월 1일 이후에 가입한 연금계좌에 있는 금액이 2013년 3월 1일 전에 가입한 연금계좌로 이체되는 경우
3. 퇴직연금계좌에 있는 일부 금액이 이체되는 경우

② 제1항 단서 및 같은 항 제1호에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 인출로 보지 아니한다.

1. 제40조의2제3항제1호 및 제2호의 요건을 갖춘 연금저축계좌의 가입자가 제40조의2제1항제2호나목에 해당하는 퇴직연금계좌로 전액을 이체(연금수령이 개시된 경우를 포함한다)하는 경우
2. 제40조의2제3항제1호 및 제2호의 요건을 갖춘 퇴직연금계좌(제40조의2제1항제2호나목에 해당하는 경우에 한정한다)의 가입자가 연금저축계좌로 전액을 이체(연금수령이 개시된 경우를 포함한다)하는 경우

③ 제1항을 적용할 때 일부 금액이 이체(제1항제3호의 경우를 제외한다)되는 경우에는 제40조의3제1항 각 호의 순서에 따라 이체되는 것으로 본다.

④ 제1항 및 제2항을 적용할 때 연금계좌의 가입일 등은 이체받은 연금계좌를 기준으로 이 영을 적용한다. 다만, 연금계좌가 새로 설정되어 전액이 이체되는 경우에는 이체되기 전의 연금계좌를 기준으로 할 수 있다.

⑤ 연금계좌의 이체에 따라 연금계좌취급자가 변경되는 경우에는 이체하는 연금계좌취급자가 이체와 함께 기획재정부령으로 정하는 연금계좌 이체명세서를 이체받는 연금계좌취급자에게 통보하여야 한다.

제100조의2(연금계좌의 승계 등)

① 법 제44조제2항에 따라 상속인이 연금계좌를 승계하는 경우 해당 연금계좌의 소득금액을 승계하는 날에 그 연금계좌에 가입한 것으로 본다. 다만, 제40조의2제3항제2호의 연금계좌의 가입일은 피상속인의 가입일로 하여 적용한다.

② 법 제44조제2항에 따라 연금계좌를 승계하려는 상속인은 피상속인이 사망한 날이 속하는 달의 말일부터 6개월 이내에 연금계좌취급자에

게 승계신청을 하여야 한다. 이 경우 상속인은 피상속인이 사망한 날부터 연금계좌를 승계한 것으로 본다.

③ 제2항 전단에 따른 승계신청을 받은 연금계좌취급자는 사망일부터 승계신청일까지 인출된 금액에 대하여 이를 피상속인이 인출한 소득으로 보아 이미 원천징수된 세액과 상속인이 인출한 금액에 대한 세액과의 차액이 있으면 세액을 정산하여야 한다.

④ 연금계좌의 가입자가 사망하였으나 제2항 전단에 따른 승계신청을 하지 아니한 경우에는 사망일 현재 다음 각 호의 합계액을 인출하였다고 보아 계산한 세액에서 사망일부터 사망확인일(연금계좌취급자가 확인한 날을 말하며, 사망확인일이 승계신청기한 이전인 경우에는 신청기한의 말일로 하고, 상속인이 신청기한이 지나기 전에 인출하는 경우에는 인출하는 날을 말한다. 이하 이 항에서 같다)까지 이미 원천징수된 세액을 뺀 금액을 피상속인의 소득세로 한다.

1. 사망일부터 사망확인일까지 인출한 소득
2. 사망확인일 현재 연금계좌에 있는 소득

제118조의5(의료비 세액공제)

① 법 제59조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 의료비"란 해당 근로자가 직접 부담하는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료비(제225조의3 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로부터 지급 받은 실손의료보험금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)를 말한다.

1. 진찰·치료·질병예방을 위하여 「의료법」 제3조에 따른 의료기관에 지급한 비용
2. 치료·요양을 위하여 「약사법」 제2조에 따른 의약품(한약을 포함한다. 이하 같다)을 구입하고 지급하는 비용
3. 장애인 보장구(「조세특례제한법 시행령」 제105조에 따른 보장구를 말한다) 및 의사·치과의사·한의사 등의 처방에 따라 의료기기(「의료기기법」 제2조제1항에 따른 의료기기를 말한다)를 직접 구입하거나 임차하기 위하여 지출한 비용
4. 시력보정용 안경 또는 콘택트렌즈를 구입하기 위하여 지출한 비용으로서 법 제50조제1항에 따른 기본공제대상자(연령 및 소득금액의 제한을 받지 아니한다) 1명당 연 50만원 이내의 금액

5. 보청기를 구입하기 위하여 지출한 비용
6. 「노인장기요양보험법」 제40조제1항에 따라 실제 지출한 본인일부 부담금
7. 해당 과세기간의 총급여액이 7천만원 이하인 근로자가 「모자보건법」 제2조제10호에 따른 산후조리원에 산후조리 및 요양의 대가로 지급하는 비용으로서 출산 1회당 200만원 이내의 금액
- ② 제1항 각 호의 비용에는 미용·성형수술을 위한 비용 및 건강증진을 위한 의약품 구입비용은 포함하지 아니한다.
- ③ 원천징수의무자는 법 제137조, 제137조의2 또는 제138조에 따른 근로소득세액 연말정산을 할 때 특별세액공제 대상이 되는 의료비가 있는 근로자에 대해서는 근로소득지급명세서를 제출할 때에 해당 근로자의 의료비지급명세서가 전산처리된 테이프 또는 디스켓을 관할 세무서장에게 제출하여야 한다.
- ④ 법 제58조의4제2항제2호라목에서 "대통령령으로 정하는 중증질환자, 희귀난치성질환자 또는 결핵환자"란 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호가목3), 같은 호 나목2) 및 같은 호 마목에 따른 요양급여를 받는 사람으로서 기획재정부령으로 정하는 사람을 말한다.
- ⑤ 법 제59조의4제2항제3호 본문에서 "대통령령으로 정하는 난임시술비"란 「모자보건법」 제2조제12호에 따른 보조생식술에 소요된 비용을 말한다.

제17관 신문 등의 진흥에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "신문"이란 정치·경제·사회·문화·산업·과학·종교·교육·체육 등 전체 분야 또는 특정 분야에 관한 보도·논평·여론 및 정보 등을 전파하기 위하여 같은 명칭으로 월 2회 이상 발행하는 간행물로서 다음 각 목의 것을 말한다.
 - 가. 일반일간신문: 정치·경제·사회·문화 등에 관한 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물

나. 특수일간신문: 산업·과학·종교·교육 또는 체육 등 특정 분야(정치를 제외한다)에 국한된 사항의 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물

다. 일반주간신문: 정치·경제·사회·문화 등에 관한 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매주 1회 발행하는 간행물(주 2회 또는 월 2회 이상 발행하는 것을 포함한다)

라. 특수주간신문: 산업·과학·종교·교육 또는 체육 등 특정 분야(정치를 제외한다)에 국한된 사항의 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매주 1회 발행하는 간행물(주 2회 또는 월 2회 이상 발행하는 것을 포함한다)

제9조(등록)

① 신문을 발행하거나 인터넷신문 또는 인터넷뉴스서비스를 전자적으로 발행하려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 주사무소 소재지를 관할하는 특별시장·광역시장·도지사 또는 특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)에게 등록하여야 한다. 등록된 사항이 변경된 때에도 또한 같다. 다만, 국가 또는 지방자치단체가 발행 또는 관리하거나 법인이나 그 밖의 단체 또는 기관이 그 소속원에게 보급할 목적으로 발행하는 경우와 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

(생략)

9. 주된 보급대상 및 보급지역(신문에 한정한다)

제18관 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제16조(수집·조사 및 처리의 제한)

① 신용정보회사등은 다음 각 호의 정보를 수집·조사하여서는 아니 된다.

1. 국가의 안보 및 기밀에 관한 정보
2. 기업의 영업비밀 또는 독창적인 연구개발 정보
3. 개인의 정치적 사상, 종교적 신념, 그 밖에 신용정보와 관계없는 사생활에 관한 정보

- 4. 확실하지 아니한 개인신용정보
- 5. 다른 법률에 따라 수집이 금지된 정보
- 6. 그 밖에 대통령령으로 정하는 정보

② 신용정보회사등이 개인의 질병에 관한 정보를 수집·조사하거나 타인에게 제공하려면 미리 제32조제1항에 따른 해당 개인의 동의를 받아야 하며 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.

- 1. 서면
- 2. 「전자서명법」 제2조제3호에 따른 공인전자서명이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
- 3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동意的 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
- 4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
- 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

② 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공 받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공 받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 신용등급이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이

를 고지하여야 한다.

③ 신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.

④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.

⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.

1. 신용정보회사가 다른 신용정보회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 계약의 이행에 필요한 경우로서 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내

에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.

7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우

8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우

9. 대통령령으로 정하는 금융질서문란행위자 및 기업의 과점주주, 최대출자자 등 관련인의 신용도를 판단할 수 있는 정보를 제공하는 경우

10. 그 밖에 다른 법률에 따라 제공하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

제33조(개인신용정보의 이용)

개인신용정보는 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로만 이용하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 개인이 제32조제1항 각 호의 방식으로 이 조 각 호 외의 부분 본문에서 정한 목적 외의 다른 목적에의 이용에 동의한 경우
2. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
3. 제32조제6항 각 호의 경우
4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

제19관 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 삭제

② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

1. 개인신용정보를 제공받는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공하는 개인신용정보의 내용
4. 개인신용정보를 제공받는 자(신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간
(이하 생략)

제20관 약사법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "약사(藥事)"란 의약품·의약외품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매[수여(授與)를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약 제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국 제제(藥局製劑)를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.
(이하 생략)

제21관 예금자보호법

제31조(보험금 등의 지급)

- ① 공사는 부보금융회사에 보험사고가 발생한 경우에는 그 부보금융회사의 예금자등의 청구에 의하여 보험금을 지급하여야 한다. 다만, 제1종 보험사고에 대해서는 제34조에 따른 보험금의 지급결정이 있어야 한다.
- ② 공사는 제1종 보험사고의 경우에는 예금자등의 청구에 의하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 예금자등의 예금등 채권의 일부를 미리 지급할 수 있다.
- ③ 공사는 대통령령으로 정하는 바에 따라 제1항 또는 제2항에 따른 지급의 개시일, 기간, 방법, 그 밖에 필요한 사항을 공고하여야 한다.
- ④ 합병 또는 전환으로 신설되는 부보금융회사, 합병 후 존속하는 부보금융회사 또는 전환 후의 부보금융회사는 그 합병등기일 또는 변경등기일부터 1년까지는 제1항을 적용할 때에 합병 또는 전환으로 신설되는 부보금융회사, 합병 후 존속하는 부보금융회사 또는 전환 후의 부보금융회사와 합병 또는 전환으로 소멸하는 부보금융회사 또는 전환 전의 부보금융회사가 각각 독립된 부보금융회사로 존재하는 것으로 본다.

- ⑤ 제1종 보험사고가 발생한 후 제2종 보험사고가 발생한 경우 제1항을 적용할 때에는 제2종 보험사고를 독립된 보험사고로 보지 아니한다.
- ⑥ 공사는 제1항에 따른 보험금을 지급할 때 예금자등이 제21조의2제1항에 따른 부실관련자에 해당하거나 부실관련자와 대통령령으로 정하는 특수관계에 있는 경우에는 그 예금자등의 예금등 채권에 대하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 제3항에 따른 보험금 지급개시일 등의 공고일(이하 "보험금지급공고일"이라 한다)부터 6개월의 범위에서 보험금의 지급을 보류할 수 있다.
- ⑦ 제1항에 따른 예금자등의 보험금청구권은 제3항에 따른 지급의 개시일부터 5년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.
- ⑧ 공사가 보험금청구권의 행사를 촉구하기 위하여 예금자등에게 하는 안내·통지 등은 제7항 및 「민법」 제168조제3호에도 불구하고 시효중단의 효력이 없다.
- ⑨ 공사는 제1항에 따른 보험금을 지급할 때 보험사고가 발생한 부보금 융회사가 예금자등에게 가지는 항변(抗辯)으로써 보험금청구권자에게 대항할 수 있다.

제32조(보험금의 계산등)

- ① 제31조에 따라 공사가 각 예금자등에게 지급하는 보험금은 보험금지급공고일 현재 각 예금자등의 예금등 채권의 합계액에서 각 예금자등이 해당 부보금융회사에 대하여 지고 있는 채무(보증채무는 제외한다)의 합계액을 뺀 금액으로 한다. 다만, 대통령령으로 따로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
- ② 제1항에 따른 보험금은 1인당 국내총생산액, 보호되는 예금등의 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 금액을 한도로 한다.
- ③ 각 예금자등이 제31조제2항에 따라 미리 지급받은 금액[이하 "가지급금"(假支給金)이라 한다]이 있는 경우에 보험금은 제1항 및 제2항에 따른 금액에서 가지급금을 뺀 금액으로 한다.
- ④ 각 예금자등에 대하여 지급된 가지급금의 금액이 제1항 및 제2항에 따른 보험금을 초과할 때에는 각 예금자등은 그 초과하는 금액을 공사에 되돌려 주어야 한다.

제22관 응급의료에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.
2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급医료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.
6. "구급차등"이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다.
7. "응급의료기관등"이란 응급의료기관, 구급차등의 운전자 및 응급의료지원센터를 말한다.
8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다.

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추

어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

제 23 관 의료급여법

제7조(의료급여의 내용 등)

① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술과 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치

② 제1항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

제24관 의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)

① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.

1. 삭제
2. 삭제
- ② 삭제

③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.

④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.

⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.

1. 1종수급권자 : 2만원

2. 2종수급권자 : 20만원

⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.

1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원

2. 2종수급권자: 연간 80만원. 다만, 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.

⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

제25관 의료법

제2조(의료인)

- ① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다.
- ② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.
 - 1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
 - 2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
 - 3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
 - 4. 조산사는 조산(助産)과 임신부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
 - 5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.
 - 가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
 - 나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
 - 다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
 - 라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 - 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원

2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.

3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증 질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것

3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것

4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 - 1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 - 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 - 3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제36조(준수사항)

- 제33조제2항 및 제8항에 따라 의료기관을 개설하는 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다.
- 1. 의료기관의 종류에 따른 시설기준 및 규격에 관한 사항

2. 의료기관의 안전관리시설 기준에 관한 사항
3. 의료기관 및 요양병원의 운영 기준에 관한 사항
4. 고가의료장비의 설치·운영 기준에 관한 사항
5. 의료기관의 종류에 따른 의료인 등의 정원 기준에 관한 사항
6. 급식관리 기준에 관한 사항
7. 의료기관의 위생 관리에 관한 사항
8. 의료기관의 의약품 및 일회용 주사 의료용품의 사용에 관한 사항
9. 의료기관의 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제41조제4항에 따른 감염병환자등의 진료 기준에 관한 사항
10. 의료기관 내 수술실, 분만실, 중환자실 등 감염관리가 필요한 시설의 출입 기준에 관한 사항
11. 의료인 및 환자 안전을 위한 보안장비 설치 및 보안인력 배치 등에 관한 사항
12. 의료기관의 신체보호대 사용에 관한 사항

제26관 자동차관리법

제3조(자동차의 종류)

① 자동차는 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 승용자동차 : 10인 이하를 운송하기에 적합하게 제작된 자동차
2. 승합자동차 : 11인 이상을 운송하기에 적합하게 제작된 자동차. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자동차는 승차인원에 관계없이 이를 승합자동차로 본다.
 - 가. 내부의 특수한 설비로 인하여 승차인원이 10인 이하로 된 자동차
 - 나. 국토교통부령으로 정하는 경형자동차로서 승차인원이 10인 이하인 전방조종자동차
3. 화물자동차 : 화물을 운송하기에 적합한 화물적재공간을 갖추고, 화물적재공간의 총적재화물의 무게가 운전자를 제외한 승객이 승차공간에 모두 탑승했을 때의 승객의 무게보다 많은 자동차
4. 특수자동차 : 다른 자동차를 견인하거나 구난작업 또는 특수한 용도로 사용하기에 적합하게 제작된 자동차로서 승용자동차·승합자동차 또는 화물자동차가 아닌 자동차

5. 이륜자동차 : 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차
- ② 제1항에 따른 구분의 세부기준은 자동차의 크기·구조, 원동기의 종류, 총배기량 또는 정격출력 등에 따라 국토교통부령으로 정한다.
- ③ 제1항에 따른 자동차의 종류는 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 세분할 수 있다.

제27관 자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

「자동차관리법」(이하 “법”이라 한다) 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

[별표1]

자동차의 종류(제2조 관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용자동차	배기량이 250cc(전기자동차의 경우 최고 정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하	배기량이 1000cc미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc미만이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc이상 2,000cc미만이거나 길이·너비·높이중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000cc이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것

	인 것				
승합 자동 차	배기량이 1000cc 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이중 어느 하나라도 소형을 초과하여 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두가 소형을 초과하여 길이가 9미터 이상인 것
화물 자동 차	배기량이 250cc(전기자동차의 경우 최고 정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1000cc 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수 자동 차	배기량이 1,000cc 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜 자동 차	배기량이 50cc미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 100cc이하(최고정격출력 11킬로와트	배기량이 100cc초과 260cc 이하(최고정격출력	배기량이 260cc(최고정격출력 15킬로와트)를 초

		이하)이고, 최대적재량(기타형의 경우만 해당한다)이 60킬로그램 이하인 것	11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)이고, 최대적재량이 60킬로그램 초과 100킬로그램 이하인 것	과하는 것
--	--	---	--	-------

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·현행·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화물자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도용	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난

		·견인 할 수 있는 구조인 것
	특수용도형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 것
이륜자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.

가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차

- 1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
- 2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 격벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
- 3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차

나. 법 제3조제1항 제5호에서 “그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차”란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.

- 1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
- 2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방

식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차

3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차

2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.

가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.

나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.

다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

제28관 자본시장과 금융투자업에 관한 법률

제88조(자산운용보고서의 교부)

① 집합투자업자는 자산운용보고서를 작성하여 해당 집합투자재산을 보관·관리하는 신탁업자의 확인을 받아 3개월마다 1회 이상 해당 집합투자기구의 투자자에게 교부하여야 한다. 다만, 투자자가 수시로 변동되는 등 투자자의 이익을 해할 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 자산운용보고서를 투자자에게 교부하지 아니할 수 있다.

② 집합투자업자는 제1항에 따른 자산운용보고서에 다음 각 호의 사항을 기재하여야 한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날(이하 이 조에서 "기준일"이라 한다) 현재의 해당 집합투자기구의 자산·부채 및 집합투자증권의 기준가격

가. 회계기간의 개시일부터 3개월이 종료되는 날

나. 회계기간의 말일

다. 계약기간의 종료일 또는 존속기간의 만료일

라. 해지일 또는 해산일

2. 직전의 기준일(직전의 기준일이 없는 경우에는 해당 집합투자기구의 최초 설정일 또는 성립일을 말한다)부터 해당 기준일까지의 기간(이하 이 조에서 "해당 운용기간"이라 한다) 중 운용경과의 개요 및 해당 운용기간 중의 손익 사항

3. 기준일 현재 집합투자재산에 속하는 자산의 종류별 평가액과 집합투자재산 총액에 대한 각각의 비율

4. 해당 운용기간 중 매매한 주식의 총수, 매매금액 및 대통령령으로 정하는 매매회전을

5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

③ 제1항에 따른 자산운용보고서의 교부시기 및 방법, 비용부담 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제188조(신탁계약의 체결 등)

① 투자신탁을 설정하고자 하는 집합투자업자는 다음 각 호의 사항이 기재된 신탁계약서에 의하여 신탁업자와 신탁계약을 체결하여야 한다.

1. 집합투자업자 및 신탁업자의 상호

2. 신탁원본의 가액 및 제189조제1항 및 제3항에 따라 발생하는 투자신탁의 수익권(이하 "수익증권"이라 한다)의 총좌수에 관한 사항

3. 투자신탁재산의 운용 및 관리에 관한 사항

4. 이익분배 및 환매에 관한 사항

5. 집합투자업자·신탁업자 등이 받는 보수, 그 밖의 수수료의 계산방법과 지급시기·방법에 관한 사항. 다만, 집합투자업자가 기준가격 산정업무를 위탁하는 경우에는 그 수수료는 해당 투자신탁재산에서 부담한다는 내용을 포함하여야 한다.

6. 수익자총회에 관한 사항

7. 공시 및 보고서에 관한 사항

8. 그 밖에 수익자 보호를 위하여 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

② 투자신탁을 설정한 집합투자업자는 신탁계약을 변경하고자 하는 경우에는 신탁업자와 변경계약을 체결하여야 한다. 이 경우 신탁계약 중

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사항을 변경하는 경우에는 미리 제 190조제5항 본문에 따른 수익자총회의 결의를 거쳐야 한다.

1. 집합투자업자·신탁업자 등이 받는 보수, 그 밖의 수수료의 인상
2. 신탁업자의 변경(합병·분할·분할합병, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 변경되는 경우를 제외한다)
3. 신탁계약기간의 변경(투자신탁을 설정할 당시에 그 기간변경이 신탁 계약서에 명시되어 있는 경우는 제외한다)
4. 그 밖에 수익자의 이익과 관련된 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

③ 투자신탁을 설정한 집합투자업자는 제2항에 따라 신탁계약을 변경한 경우에는 인터넷 홈페이지 등을 이용하여 공시하여야 하며, 제2항 후단에 따라 신탁계약을 변경한 경우에는 공시 외에 이를 수익자에게 통지하여야 한다.

④ 집합투자업자는 제1항에 따라 투자신탁을 설정하는 경우(그 투자신탁을 추가로 설정하는 경우를 포함한다) 신탁업자에게 해당 신탁계약에서 정한 신탁원본 전액을 금전으로 납입하여야 한다.

제29관 자본시장과 금융투자업에 관한 법률 시행령

제93조(수시공시의 방법 등)

① 법 제89조제1항제1호에 따라 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자가 공시하여야 하는 투자운용인력의 운용경력은 투자운용인력을 변경한 날부터 최근 3년 이내의 운용경력으로 한다.

② 법 제89조제1항제3호에서 "대통령령으로 정하는 부실자산"이란 발행인의 부도, 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 회생절차개시의 신청 등의 사유로 인하여 금융위원회가 부실자산으로 정하여 고시하는 자산을 말한다.

③ 법 제89조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사항을 말한다.

1. 투자설명서의 변경. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우는 제외한다.

가. 법 및 이 영의 개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 투자설명서를 변경하는 경우

나. 집합투자계약의 변경에 따라 투자설명서를 변경하는 경우

다. 투자설명서의 단순한 자구수정 등 경미한 사항을 변경하는 경우

라. 투자운용인력의 변경이 있는 경우로서 법 제123조제3항제2호에 따라 투자설명서를 변경하는 경우

2. 집합투자업자의 합병, 분할, 분할합병 또는 영업의 양도·양수

3. 집합투자업자 또는 일반사무관리회사가 기준가격을 잘못 산정하여 이를 변경하는 경우에는 그 내용(제262조제1항 후단에 따라 공고·게시하는 경우에 한한다)

4. 사모집합투자기구가 아닌 집합투자기구(존속하는 동안 투자금을 추가로 모집할 수 있는 집합투자기구로 한정한다. 이하 이 항에서 같다)로서 설정 및 설립 이후 1년이 되는 날에 원본액이 50억원 미만인 경우 그 사실과 해당 집합투자기구가 법 제192조제1항 단서에 따라 해지될 수 있다는 사실

5. 사모집합투자기구가 아닌 집합투자기구가 설정 및 설립되고 1년이 지난 후 1개월간 계속하여 원본액이 50억원 미만인 경우 그 사실과 해당 집합투자기구가 법 제192조제1항 단서에 따라 해지될 수 있다는 사실

6. 부동산집합투자기구 또는 특별자산집합투자기구(부동산·특별자산투자재간접집합투자기구를 포함한다)인 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사항

가. 제242조제2항 각 호 외의 부분 단서에 따른 시장성 없는 자산의 취득 또는 처분

나. 부동산집합투자기구 또는 특별자산집합투자기구의 집합투자증권의 취득 또는 처분. 다만, 이미 취득한 것과 같은 집합투자증권을 추가로 취득하거나 일부를 처분하는 경우는 제외한다.

다. 지상권·지역권 등 부동산 관련 권리 및 사업수익권·시설관리운영권 등 특별자산 관련 중요한 권리의 발생·변경

라. 금전의 차입 또는 금전의 대여

7. 그 밖에 투자자의 투자판단에 중대한 영향을 미치는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 공시와 관련하여 그 서식과 작

성방법, 기재사항 등에 관한 구체적인 기준은 금융위원회가 정하여 고시한다.

제265조(회계감사인의 선임 등)

- ① 법 제240조제4항에 따라 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등(투자회사는 제외한다)이 집합투자기구의 회계감사인을 선임하거나 교체하려는 경우에는 그 집합투자기구의 집합투자재산을 운용하는 집합투자업자의 감사의 동의(감사위원회가 설치된 경우에는 감사위원회의 의결을 말한다)를 받아야 하며, 투자회사가 회계감사인을 선임하거나 교체하려는 경우에는 감독이사의 동의를 받아야 한다.
- ② 집합투자재산에 대한 회계감사기준은 금융위원회가 증권선물위원회의 심의를 거쳐 정하여 고시한다.
- ③ 집합투자재산에 대한 회계감사와 관련하여 회계감사인의 권한은 법 및 「주식회사의 외부감사에 관한 법률」 제21조에서 정하는 바에 따른다.
- ④ 회계감사인은 집합투자재산에 대한 회계감사를 마친 때에는 다음 각 호의 사항이 기재된 회계감사보고서를 작성하여 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등에게 이를 지체 없이 제출하여야 한다.
 1. 집합투자재산의 대차대조표
 2. 집합투자재산의 손익계산서
 3. 집합투자재산의 기준가격계산서
 4. 집합투자업자 및 그 이해관계인(법 제84조제1항에 따른 이해관계인을 말한다)과의 거래내역
- ⑤ 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등은 회계감사인으로부터 회계감사보고서를 제출받은 경우에는 금융위원회, 협회, 그 집합투자증권을 판매하는 투자매매업자·투자중개업자 및 그 집합투자재산을 보관·관리하는 신탁업자에게 이를 지체 없이 제출하여야 한다.
- ⑥ 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등은 금융위원회가 정하여 고시하는 방법에 따라 해당 투자자가 회계감사보고서를 열람할 수 있도록 하여야 한다.
- ⑦ 회계감사에 따른 비용은 그 회계감사의 대상인 집합투자기구가 부담한다.

제30관 장애인 복지법

제32조(장애인 등록)

- ① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 "법정대리인등"이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 내주어야 한다.
- ② 삭제
- ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도 조정을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인등에게 필요한 조치를 할 수 있다.
- ④ 장애인의 장애 인정과 등급 사정(査定)에 관한 업무를 담당하게 하기 위하여 보건복지부에 장애판정위원회를 둘 수 있다.
- ⑤ 등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다.
- ⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 장애인 등록 및 제3항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 등급을 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 등급 사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다.
- ⑦ 제6항에 따라 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰받은 공공기관은 필요한 경우 심사를 받으려는 본인이나 법정대리인등으로부터 동의를 받아 「의료법」에 따른 의료기관에 그 사람의 해당 진료에 관한 사항의 열람 또는 사본 교부를 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 의료기관은 특별한 사유가 없으면 요청에 따라야 하며, 국가 및 지방자치단체는 예산의 범위에서 공공기관에 제공되는 자료에 대한 사용료, 수수료 등을 지원할 수 있다.
- ⑧ 제1항 및 제3항부터 제7항까지에서 규정한 사항 외에 장애인의 등

록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 장애판정 위원회, 진료에 관한 사항의 열람 또는 사본교부 요청 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제31관 전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

(생략)

2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 해당 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 해당 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.

가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것

나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것

다. 전자서명이 있는 후에 해당 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것

라. 전자서명이 있는 후에 해당 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

(생략)

10. "공인인증기관"이라 함은 공인인증역무를 제공하기 위하여 제4조의 규정에 의하여 지정된 자를 말한다.

11. "가입자"라 함은 공인인증기관으로부터 전자서명생성정보를 인증받은 자를 말한다.

12. "서명자"라 함은 전자서명생성정보를 보유하고 자신이 직접 또는 타인을 대리하여 서명을 하는 자를 말한다.

13. "개인정보"라 함은 생존하고 있는 개인에 관한 정보로서 성명·주민등록번호 등에 의하여 해당 개인을 알아볼 수 있는 부호·문자·음성·음향·영상 및 생체특성 등에 관한 정보(해당 정보만으로는 특정 개인을 알아볼 수 없는 경우에도 다른 정보와 용이하게 결합하여 알아볼 수 있는

것을 포함한다)를 말한다.
(이하 생략)

제 32 관 지역보건법

제10조(보건소의 설치)

- ① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다.
- ② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제12조(보건의료원)

보건소 중 「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제13조(보건지소의 설치)

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

제33관 통계법

제18조(통계작성의 승인)

- ① 통계작성기관의 장은 새로운 통계를 작성하고자 하는 경우에는 그 명칭, 종류, 목적, 조사대상, 조사방법, 통계표 서식, 조사사항의 성별구분 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 미리 통계청장의 승인을 받아야 한다. 승인을 받은 사항을 변경하거나 승인을 받은 통계의 작성을 중지하고자 하는 경우에도 또한 같다.

② 통계작성기관의 장은 제1항에 따른 승인을 받거나 제20조에 따른 협의를 거치기 전에 행정자료를 활용한 통계의 작성이 가능한 것인지 여부를 미리 판단하여야 한다. 이 경우 통계작성기관의 장은 이에 대한 판단을 통계청장에게 의뢰할 수 있다.

③ 통계청장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항에 따른 승인을 하지 아니할 수 있다

1. 이미 승인을 받은 다른 통계와 조사 또는 보고의 대상·목적 및 방법 등 그 내용이 동일 또는 유사하다고 인정되는 경우
2. 표본규모가 지나치게 작거나 검증된 통계작성기법을 사용하지 아니하여 통계의 신뢰성을 확보할 수 없다고 인정되는 경우
3. 조사 또는 보고의 대상 또는 목적 등이 특정 이익집단 또는 특정 부문에 편중되거나 영리적인 목적으로 작성되는 등 공공의 이익을 목적으로 작성된다고 보기 어려운 경우

④ 통계청장은 제1항에 따른 승인을 한 때에는 이를 고시하여야 한다. 이 경우 승인을 한 통계의 명칭, 통계작성기관의 명칭 등 고시에 포함되어야 할 사항은 대통령령으로 정한다.

제34관 형법

제287조(미성년자의 약취, 유인)

미성년자를 약취 또는 유인한 사람은 10년 이하의 징역에 처한다.

제288조(추행 등 목적 약취, 유인 등)

- ① 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 국외에 이송할 목적으로 사람을 약취 또는 유인하거나 약취 또는 유인된 사람을 국외에 이송한 사람도 제2항과 동일한 형으로 처벌한다.

제289조(인신매매)

- ① 사람을 매매한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.
- ② 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 매매한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 매매한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ④ 국외에 이송할 목적으로 사람을 매매하거나 매매된 사람을 국외로 이송한 사람도 제3항과 동일한 형으로 처벌한다.

제290조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해·치상)

- ① 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해한 때에는 3년 이상 25년 이하의 징역에 처한다.
- ② 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해에 이르게 한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.

제291조(약취, 유인, 매매, 이송 등 살인·치사)

- ① 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 살해한 때에는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
- ② 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제292조(약취, 유인, 매매, 이송된 사람의 수수·은닉 등)

- ① 제287조부터 제289조까지의 죄로 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 수수(授受) 또는 은닉한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.
- ② 제287조부터 제289조까지의 죄를 범할 목적으로 사람을 모집, 운송, 전달한 사람도 제1항과 동일한 형으로 처벌한다.

제294조(미수범)

제287조부터 제289조까지, 제290조제1항, 제291조제1항과 제292조제1항의 미수범은 처벌한다.

제295조(벌금의 병과)

제288조부터 제291조까지, 제292조제1항의 죄와 그 미수범에 대하여는 5천만원 이하의 벌금을 병과할 수 있다.

제295조의2(형의 감경)

제287조부터 제290조까지, 제292조와 제294조의 죄를 범한 사람이 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 안전한 장소로 풀어준 때에는 그 형을 감경할 수 있다.

제296조(예비, 음모)

제287조부터 제289조까지, 제290조제1항, 제291조제1항과 제292조제1항의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 사람은 3년 이하의 징역에 처한다.

제296조의2(세계주의)

제287조부터 제292조까지 및 제294조는 대한민국 영역 밖에서 죄를 범한 외국인에게도 적용한다.

제35관 조세특례제한법

제86조의4(연금계좌세액공제 등)

종합소득이 있으며, 해당 과세기간에 「소득세법」 제14조제3항제6호에 따른 소득의 합계액이 2천만원을 초과하지 않는 50세 이상인 거주자는 2022년 12월 31일까지 「소득세법」 제59조의3을 적용하는 경우 같은 조 제1항 단서에도 불구하고 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 600만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 600만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 900만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하되, 해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 1억원 초과(근로소득만 있

는 경우에는 총급여액 1억2천만원 초과)인 거주자에 대해서는 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 300만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 300만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 700만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

제88조의2(비과세종합저축에 대한 과세특례)

① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 거주자(직전 3개 과세기간 동안 「소득세법」 제14조 제3항 제6호에 따른 소득의 연간 합계액이 1회 이상 연 2천만원을 초과한 자를 제외한다)가 1명당 저축원금이 5천만원(제89조에 따른 세금우대종합저축에 가입한 거주자로서 세금우대종합저축을 해지 또는 해약하지 아니한 자의 경우에는 5천만원에서 해당 거주자가 가입한 세금우대종합저축의 계약금액 총액을 뺀 금액으로 한다) 이하인 대통령령으로 정하는 저축(이하 이 조에서 "비과세종합저축"이라 한다)에 2020년 12월 31일까지 가입하는 경우 해당 저축에서 발생하는 이자소득 또는 배당소득에 대해서는 소득세를 부과하지 아니한다.

1. 65세 이상인 거주자
2. 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록한 장애인
3. 「독립유공자 예우에 관한 법률」 제6조에 따라 등록한 독립유공자와 그 유족 또는 가족
4. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제6조에 따라 등록한 상이자(傷痍者)
5. 「국민기초생활보장법」 제2조제2호에 따른 수급자
6. 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 고엽제후유의증환자
7. 「5·18민주유공자 예우에 관한 법률」 제4조제2호에 따른 5·18민주화운동부상자

② 삭제

③ 비과세종합저축의 가입절차, 가입대상의 확인, 계약금액 총액의 계산 방법, 운용·관리 방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제89조(세금우대종합저축에 대한 과세특례)

① 거주자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 저축(이하 "세금우대종합

저축"이라 한다)에 2014년 12월 31일까지 가입하는 경우 해당 저축에서 발생하는 이자소득 및 배당소득에 대한 원천징수세율은 「소득세법」 제129조에도 불구하고 100분의 9로 하고, 그 이자소득 및 배당소득은 「소득세법」 제14조에도 불구하고 종합소득에 대한 과세표준을 계산할 때 산입하지 아니하며, 그 이자소득 및 배당소득에 대해서는 「지방세법」에 따른 개인지방소득세를 부과하지 아니한다.

1. 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제2조제1호 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사등(이하 이 조에서 "금융회사등"이라 한다)이 취급하는 적립식 또는 거치식 저축(집합투자증권저축·공제·보험·증권저축 및 대통령령으로 정하는 채권저축 등을 포함한다)으로서 저축 가입 당시 저축자가 세금우대 적용을 신청할 것

2. 계약기간이 1년 이상일 것

3. 모든 금융회사등에 가입한 세금우대종합저축의 계약금액 총액이 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액 이하일 것. 다만, 세금우대종합저축에서 발생하여 원금에 전입되는 이자 및 배당 등은 세금우대종합저축으로 보되, 계약금액 총액의 1명당 한도를 계산할 때에는 산입하지 아니한다.

가. 20세 이상인 자: 1명당 1천만원

나. 제88조의2제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자: 1명당 3천만원

② 삭제

③ 삭제

④ 삭제

⑤ 삭제

⑥ 삭제

⑦ 세금우대종합저축을 계약일부터 1년 이내에 해지 또는 인출하거나 그 권리를 이전하는 경우 해당 원천징수의무자는 제1항 각 호 외의 부분을 적용하여 원천징수한 세액과 「소득세법」 제129조를 적용하여 계산한 세액의 차액을 원천징수하여야 한다. 다만, 가입자의 사망·해외이주 등 대통령령으로 정하는 부득이한 사유가 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

⑧ 세금우대종합저축의 계약금액 총액의 계산방법과 운용·관리 방법, 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제36관 조세특례제한법 시행령

제82조의2(비과세종합저축의 요건 등)

① 법 제88조의2제1항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 저축"이란 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 저축(이하 이 조에서 "비과세종합저축"이라 한다)을 말한다.

1. 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 금융회사등(이하 이 조에서 "금융회사등"이라 한다) 및 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 공제회가 취급하는 저축(투자신탁·보험·공제·증권저축·채권저축 등을 포함한다)일 것

가. 「군인공제회법」에 따라 설립된 군인공제회

나. 「한국교직원공제회법」에 따라 설립된 한국교직원공제회

다. 「대한지방행정공제회법」에 따라 설립된 대한지방행정공제회

라. 「경찰공제회법」에 따라 설립된 경찰공제회

마. 「대한소방공제회법」에 따라 설립된 대한소방공제회

바. 「과학기술인공제회법」에 따라 설립된 과학기술인공제회

2. 가입 당시 저축자가 비과세 적용을 신청할 것

② 법 제88조의2제1항에 따른 저축원금은 모든 금융회사등 및 공제회에 가입한 비과세종합저축의 계약금액의 총액으로 한다. 이 경우 비과세종합저축에서 발생하여 원금에 전입되는 이자 및 배당 등은 비과세종합저축으로 보되, 계약금액의 총액을 계산할 때에는 산입하지 아니한다.

③ 비과세종합저축에서 일부 금액이 인출되는 경우 저축원금부터 인출되는 것으로 본다.

④ 비과세종합저축을 취급하는 금융회사등 및 공제회는 비과세종합저축만을 입금 또는 출금하는 비과세종합저축통장 또는 거래카드의 표지·속지 또는 거래명세서 등에 "비과세종합저축"이라는 문구를 표시하여야 한다.

⑤ 비과세종합저축의 계약기간의 만료일 이후 발생하는 이자소득 및 배당소득에 대해서는 법 제88조의2제1항을 적용하지 아니한다.

⑥ 국세청장은 비과세종합저축 가입자가 가입연도 직전 3개 과세기간 동안 「소득세법」 제14조제3항제6호에 따른 소득의 합계액이 1회 이상 연 2천만원을 초과한 자에 해당하는지 여부를 가입연도의 다음 연도 4

월 15일까지 확인하여 해당 금융회사등에 통보해야 한다.

⑦ 금융회사등은 제6항에 따라 통보받은 내용을 해당 가입자에게 가입 연도의 다음 연도 4월 30일까지 통보해야 한다.

⑧ 비과세종합저축 가입자는 제7항에 따라 통보받은 내용에 이의가 있는 경우에는 기획재정부령으로 정하는 바에 따라 국세청장에게 의견을 제시할 수 있으며, 국세청장은 의견제시를 받은 날부터 14일 이내에 금융회사등에 수용 여부를 통보해야 한다.

제37관 관공서의 공휴일에 관한 규정

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 석제
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)
- 10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

① 제2조제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

② 제2조제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우

제2조제7호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

제38관 채무자 회생 및 파산에 관한 법률

제305조(보통파산원인)

- ①채무자가 지급을 할 수 없는 때에는 법원은 신청에 의하여 결정으로 파산을 선고한다.
- ②채무자가 지급을 정지한 때에는 지급을 할 수 없는 것으로 추정한다.

제596조(개인회생절차의 개시결정)

- ①법원은 신청일부터 1월 이내에 개인회생절차의 개시 여부를 결정하여야 한다.
- ②법원은 개인회생절차개시결정과 동시에 다음 각호의 사항을 정하여야 한다.
 - 1. 개인회생채권에 관한 이의기간(이하 "이의기간"이라 한다). 이 경우 그 기간은 개인회생절차개시결정일부터 2주 이상 2월 이하이어야 한다.
 - 2. 개인회생채권자집회의 기일. 이 경우 그 기일과 이의기간의 말일 사이에는 2주 이상 1월 이하의 기간이 있어야 한다.
- ③법원은 특별한 사정이 있는 때에는 제2항 각호의 기일을 늦추거나 기간을 늘릴 수 있다.
- ④제1항의 규정에 의하여 결정을 하는 때에는 결정서에 결정의 연·월·일·시를 기재하여야 한다.
- ⑤제1항의 규정에 의한 결정은 그 결정시부터 효력이 발생한다.