약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용 Guide Book





※ 同 guidebook은 보험규정의 개념 및 구성 등을 간략하게 소개하고,
소비자 관점에서 약관 주요 내용 등을 쉽게 찾고
이해할 방법을 안내하는 그것을 목적으로 함

1. 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 보험계약자와 보험회사의 권리 및 의무를 규정하고 있습니다.
특히, 청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항 등 보험계약의 중요사항에 대한 설명이 들어 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

2. 한 눈에 보는 약관의 구성

약관 이용 가이드 북	약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 약관의 구성, 쉽게 찾는 방법 등의 내용을 담고 있는 지침서
시각화된 약관 요약서	약관을 쉽게 이해할 수 있도록 계약 주요내용 및 유의사항 등을 시각적 방법을 이용하여 간단 요약한 약관
보험규정 (주계약&특약)	· 주계약(보통약관) : 기본계약을 포함한 공통사항을 정한 기본약관 · 특약(특별약관) : 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관
용어해설 등	약관 이해를 돕기 위한 어려운 법률·보험용어의 해설, 관련 법규 등을 소비자에게 안내

3. QR코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR 코드를 스캔하면 상세내용을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상

보험금 지급절차

4. 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

① 보험금 지급 및 지급제한 사항	제3조 보험금의 지급사유 제5조 보험금을 지급하지 않는 사유	p.3 p.3	영상 자료

* 본인이 가입한 특별약관을 확인하여 가입특별약관별 「보험금 지급사유 및 미지급사유」도 반드시 확인할 필요

② 청약 철회	제21조 청약의 철회	p.11	영상 자료
③ 계약 취소	제22조 약관교부 및 설명의무 등	p.12	영상 자료
④ 계약 무효	제23조 계약의 무효	p.13	영상 자료
⑤ 계약 前 알릴 의무 및 위반효과	제16조 계약 전 알릴 의무 제18조 알릴 의무 위반의 효과	p.8 p.9	영상 자료
⑥ 계약 後 알릴 의무 및 위반효과	제17조 계약 후 알릴 의무 제18조 알릴 의무 위반의 효과	p.8 p.9	영상 자료
⑦ 보험료 연체 및 해지	제32조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지	p.17	영상 자료
⑧ 부활(효력회복)	제33조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복) 제34조 강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)	p.18 p.18	영상 자료
⑨ 해약환급금	제35조 계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회 제38조 해약환급금	p.20 p.20	영상 자료
⑩ 보험계약대출	제39조 보험계약대출	p.20	영상 자료

5. 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁(약관이용GuideBook 기준)

아래 6가지 꿀팁을 활용하시면 약관을 보다 쉽고 편리하게 이용할 수 있습니다.

① 시각화된 '약관요약서'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.

➔ 약관 요약서 5p

② '약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.

➔ 핵심체크항목 3p

③ 약관 내용 중 어려운 보험용어는 용어해설, 약관본문 Box안 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.

➔ 용어 해설 21p

④ 스마트폰으로 QR코드를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.

➔ QR코드 2p

⑤ 약관에서 인용된 '관련법규' 항목은 각 조항 하단에서 법률 조항 및 규정을 자세히 확인할 수 있습니다.

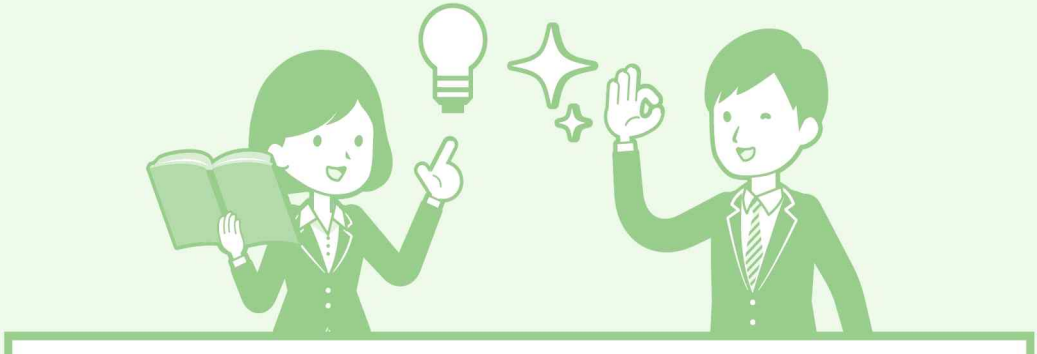
⑥ 약관조항 등이 음영·컬러화 되거나 진하게 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

6. 기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지**(www.hanainsure.co.kr), **고객 콜센터**(1566-3000)로 문의 가능

※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 **금융감독원 금융소비자정보 포탈**(FINE, fine.fss.or.kr)에서 확인 가능

쉽게 이해하는
약관 요약서



이 요약서는 그림·도표·아이콘·삽화 등 시각화된 자료를 바탕으로
보험상품 및 약관의 핵심내용을 알기 쉽게 작성한 것입니다.
보다 자세한 사항은 **상품설명서 및 약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.**
※ 이 요약서의 내용을 **이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익**을 받을 수 있으므로,
동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.

Ⅰ. 보험계약의 개요



- 보험회사명 : 하나손해보험
- 보험상품명 : 무배당 하나더베스트 운전자상해종합보험(2604)
- 보험상품의 종목 : 운전자보험

01. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 하나더베스트 운전자상해종합보험(2604)

① **무배당** : 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.

② **더베스트** : 상해, 비용손해를 보장공백이 없도록 가득담은 상품입니다.

③ **운전자상해종합보험**
: 운전자의 다양한 형사적 책임 및 비용손해와 발생가능한 상해 그리고 화재로 인한 동산 및 부동산까지 폭넓게 보장하는 보험입니다.



보장성보험
[상해,배상책임 등]

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



01. 보험금 지급제한사항

주의 이 보험에는 보장한도 및 자기부담금 등 보험금 지급제한 조건이 부가되어 있습니다.
보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

✓ 면책기간

면책기간 보험금 미지급 이 보험에는 보험금이 지급되지 않는 기간(면책 기간)이 설정된 담보가 있습니다.

■■■ 면책기간 적용 담보

구분	담보명	면책기간
비용	급배수시설누출손해(주택)	가입 후 90일간 보장 제외
배상책임	가족일상생활중배상책임(누수 제외)(대물 20만원 공제)(갱신형)	대물 사고 : 가입 후 90일간 보장 제외
	가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 50만원, 대물 20만원 공제)(갱신형)	대물 사고 : 가입 후 90일간 보장 제외
	가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 100만원, 대물 20만원 공제)(갱신형)	대물 사고 : 가입 후 90일간 보장 제외
	가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 200만원, 대물 20만원 공제)(갱신형)	대물 사고 : 가입 후 90일간 보장 제외
	가족일상생활중배상책임(주택내화재및폭발 제외)(누수 제외)(대물 20만원 공제)(갱신형)	대물 사고 : 가입 후 90일간 보장 제외
	가족일상생활중배상책임(주택내화재및폭발 제외)(누수 포함)(누수 50만원, 대물 20만원 공제)(갱신형)	대물 사고 : 가입 후 90일간 보장 제외
	가족일상생활중배상책임(주택내화재및폭발 제외)(누수 포함)(누수 100만원, 대물 20만원 공제)(갱신형)	대물 사고 : 가입 후 90일간 보장 제외
	가족일상생활중배상책임(주택내화재및폭발 제외)(누수 포함)(누수 200만원, 대물 20만원 공제)(갱신형)	대물 사고 : 가입 후 90일간 보장 제외

✓ 감액지급

감액지급 50% [1년 이내] 이 보험에는 일정기간 보험금이 일부만 지급(감액지급)되는 담보가 있습니다.

■■■ 감액지급 적용 담보

구분	담보명	보험금 감액기간 및 감액지급
상해·질병 수술	척추상해수술비(관혈/비관혈) (연간1회한,동일사고당1회지급)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급

✓ 보장한도

보장한도 최초 1회한

이 보험에는 보험금 지급 한도가 설정된 담보가 있습니다.

■ ■ ■ 보장한도 적용 담보

구분	담보명	보장한도
상해 입원	교통상해 입원일당(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	일반상해중환자실 입원일당(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	일반상해종합병원 입원일당(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	일반상해상급종합병원 입원일당(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	일반상해입원일당(1일이상30일한도)	1일 이상 30일 한도로 보장
	일반상해입원일당(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
상해 입원	차대차 자동차사고 입원일당(1~11급) (1일이상 30일한도)	1일 이상 30일 한도로 보장
	차대차 자동차사고 통원일당(1~11급) (1일이상 30일한도)	1일 이상 30일 한도로 보장
	일반상해수술입원일당 (1일이상 10일한도)	1일 이상 10일 한도로 보장
	간병인사용 상해입원일당 (요양병원)(1일이상180일한도)	1일이상 180일한도로 보장
	간병인사용 상해입원일당 (요양병원제외)(1일이상180일한도)	1일이상 180일한도로 보장
	간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상30일한도)	1일 이상 30일 한도로 보장
	간호간병통합서비스사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)	1일이상 180일한도로 보장
	신주말교통상해 입원일당(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
상해·질병 진단	창상봉합술치료비(안면부, 1일 1회한, 연간3회한)	1일 1회, 연간 3회에 한해 보장
	창상봉합술치료비(1일 1회한, 연간3회한)	1일 1회, 연간 3회에 한해 보장
	통합상해진단비	부위별 각각 연간 1회에 한해 보장
상해 치료	상해재활치료비(급여,1일1회한,연간15회한)	1일 1회, 연간 15회에 한해 보장
	상해재활치료비(급여,1일1회한,연간30회한)	1일 1회, 연간 30회에 한해 보장
	상해재활치료비(급여,1일1회한,연간60회한)	1일 1회, 연간 60회에 한해 보장
	상해통합치료비(고급형)	각 통합치료 항목별 지급횟수 상이
	상해통합치료비(표준형)	각 통합치료 항목별 지급횟수 상이
	상해통합치료비(실속형)	각 통합치료 항목별 지급횟수 상이
상해 후유장해	일반상해80%이상후유장해	최초 1회에 한해 보장
	일반상해50%이상후유장해	최초 1회에 한해 보장

구분	담보명	보장한도
상해 진단	특정외상성뇌손상진단비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
	특정외상성뇌출혈진단비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
	특정외상성장기손상진단비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
	외상후스트레스장애진단비(연간1회한)	연간 1회에 한해 보장
	중증화상 산정특례대상 진단비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
	중증외상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한)	연간 1회에 한해 보장
	상해CT검사지원비(연간1회한,급여)	연간 1회에 한해 보장
	상해MRI검사지원비(연간1회한,급여)	연간 1회에 한해 보장
수술	뇌·내장손상 수술비	최초 1회에 한해 보장 (사고일부터 180일 이내 해당 수술 발생시)
	중대한특정상해수술비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장 (사고일부터 180일 이내 해당 수술 발생시)
	척추상해수술비(관혈/비관혈) (연간1회한,동일사고당1회지급)	연간 1회에 한해 보장
	상해수술비(1~8종)(연간1회한)	연간 1회에 한해 보장
	추간판탈출증신경차단술치료비(급여,연간1회한)	연간 1회에 한해 보장
	골절철심제거수술비(연간1회한,급여)	연간 1회에 한해 보장
	중대한화상및부식진단비	최초 1회에 한해 보장

✓ 자기부담금 차감

자기부담금 차감 후 지급

이 보험에는 보상대상 비용에 대해 일정금액의 자기부담금을 차감하고 보험금을 지급하는 담보가 있습니다.

■■■ 자기부담금을 차감하는 담보

구분	담보명	보장한도
비용	자동차사고벌금II(대인, 2천만원초과 1천만원한도)	1천만원 한도로 보장
	자동차사고벌금II(대인, 3천만원한도)(비탑승중포함)	3천만원 한도로 보장 (어린이보호구역내 교통사고) 2천만원 한도로 보장(상기 이외)
	자동차사고벌금II(대인, 3천만원한도) (비탑승중)(기가입자용)	3천만원 한도로 보장 (어린이보호구역내 교통사고) 2천만원 한도로 보장(상기 이외)
	자동차사고벌금(대물)	5백만원 한도로 보장
	주택(화재) 임시거주비용(1일이상 90일한도)	1일 이상 90일 한도로 보장 (1일당 10만원한도)
	운전면허정지일당(영업용)	1일 이상 60일 한도로 보장
	자동차사고변호사선임비II(심급별 500만원 한도)	심급별 500만원 한도로 보장 (자기부담금 50%)

구분	담보명	자기부담금 차감(금액)
배상책임	가족일상생활중배상책임(누수 제외)(대물 20만원 공제)(갱신형) 가족일상생활중배상책임(주택내화재및폭발 제외)(누수 제외) (대물 20만원 공제)(갱신형)	대물 누수 제외 사고 시 20만원
	가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 50만원, 대물 20만원 공제) (갱신형) 가족일상생활중배상책임(주택내화재및폭발 제외)(누수 포함) (누수 50만원, 대물 20만원 공제)(갱신형)	대물 누수 사고 시 50만원 누수 제외 사고 시 20만원
	가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 100만원, 대물 20만원 공제) (갱신형) 가족일상생활중배상책임(주택내화재및폭발 제외)(누수 포함) (누수 100만원, 대물 20만원 공제)(갱신형)	대물 누수 사고 시 100만원 누수 제외 사고 시 20만원
	가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 200만원, 대물 20만원 공제) (갱신형) 가족일상생활중배상책임(주택내화재및폭발 제외)(누수 포함) (누수 200만원, 대물 20만원 공제)(갱신형)	대물 누수 사고 시 200만원 누수 제외 사고 시 20만원
재물손해	6대가전제품 고장수리비용 신16대가전제품 고장수리비용 22대가전제품 고장수리비용	2만원

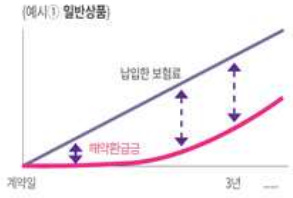
02. 해약환급금에 관한 사항

◉ 보험계약자가 보험계약을 중도에 해지할 경우 보험회사는 해약환급금을 지급합니다.

주의

해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.

* 해약환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급



03. 실손보상형 담보

◉ 이 보험에는 실제 발생한 손해를 보상(실손보상)하는 담보가 포함되어 있습니다.

실손형담보 [중복가입 부적절] 비례 보상

주의

① 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 중복 가입 하더라도 실제 발생한 손해(비용)을 초과하여 보험금을 지급하지 않습니다.

(중복 가입 시 비례보상)

② 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보에 가입하여 불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의하시기 바랍니다.

실손보상형 담보

교통사고처리지원금Ⅴ(비탑승중포함), 교통사고처리지원금Ⅳ(비탑승중)(기가입자용), 자동차사고벌금Ⅱ(대인, 3천만원한도)(비탑승중포함), 자동차사고벌금Ⅱ(대인, 3천만원한도)(비탑승중)(기가입자용), 자동차사고벌금(대물), 자동차사고성형치료비, 자동차사고 민사소송 법률비용손해, 민사소송 법률비용손해, 행정소송 법률비용손해, 자동차사고벌금Ⅱ(대인, 2천만원초과 1천만원한도), 교통사고처리지원금(중대법규위반,6주미만)Ⅱ, 가족과실치사상벌금, 업무상과실중과실치사상벌금, 급발진 자동차사고 변호사선임비, 교통사고처리지원금(중상해불송치및불기소), 자동차사고변호사선임비 Ⅱ(심급별 500만원 한도), 자동차사고변호사선임비용(Ⅴ), 붕괴·침강·사태손해, 풍수재손해(특수건물), 주택건물(화재) 복구비용, 화재배상책임, 화재대물배상책임, 신체손해배상책임Ⅱ(특수건물), 화재벌금, 가족화재벌금, 보이스피싱손해, 6대가전제품고장수리비용, 신16대가전제품고장수리비용, 22대가전제품고장수리비용

04. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특징

① 보장성보험



주의

① 이 보험은 운전자의 다양한 형사적 책임 및 비용손해 보장, 화재로 인한 동산 및 부동산을 주 목적으로 하는 보장성보험이며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.

② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.

② 금리연동형보험



주의

① 이 보험의 보험료 계약자적립액 산출에 적용되는 이율은 매월 변동됩니다.

② 동 이율은 납입한 주계약(또는 적립) 보험료에서 계약체결·유지관리에 필요한 경비 및 위험보장 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용됩니다.

③ 이 보험의 최저보증이율*은 연복리 0.3%입니다.

* 자산운용이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도

③ 예금자보험제도에 관한 사항



주의

① 이 보험은 예금자보험법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.

② 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호되며, 1억원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다.

④ 재물 및 배상책임 관련 보장

주의

타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

05. 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

주의

① 상해 관련 담보

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 상해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

② 입원 관련 담보

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않

③ 교통상해 관련 담보

- '휴일'이라 함은 토요일과 '관공서의 공휴일에 관한 규정에서 정한 휴일'로 하며, 국외인 경우 사고발생지의 토요일과 해당 법률상 관공서의 공휴일로 합니다.
- '운전중 교통상해사망보험금'에서 말하는 차량은 이륜자동차(오토바이, 원동기장치 자전거 등)는 포함되지 않습니다.

④ 재물관련 담보 등에서 일부보험의 경우 비례보상에 관한 사항

- 화재 및 붕괴 등 손해는 보험가액과 보험가입금액의 비율에 관계없이 보험가입금액을 한도로 실제 손해액 전액을 보상합니다.

⑤ 재물손해, 배상책임, 비용손해 담보 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

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

06. 보험사기 관련 특히 유의할 사항

주의

① 보험사기의 정의

- 보험금 지급요건이 되는 재해, 상해, 도난, 방화 또는 기타의 손실을 의도적으로 연출하거나 조작한 후 보험회사를 기망하여 보험금을 편취하는 행위(경성사기) 또는 보험사고 발생시 합법적인 청구를 과장, 확대하거나 계약 체결시 허위정보를 제공하여 낮은 보험료를 지불하는 등의 행위(연성사기)를 말하며, 이를 공모하거나 방조하는 행위도 보험사기로 간주됩니다.

② 보험사기처벌에 관한 사항

- 보험사기는 「형법 제347조」에 의거, 10년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처해지게 됩니다.
- 보험사기로 인한 이득액이 5억원 이상인 경우 「특정경제범죄가중처벌 등에 관한 법률 제3조」에 의해 가중처벌되며, 이득액 이하에 상당하는 벌금이 병과될 수 있습니다.
  1) 5억원 이상 50억원 미만 : 3년 이상의 유기징역
  2) 50억원 이상 : 무기 또는 5년 이상의 징역

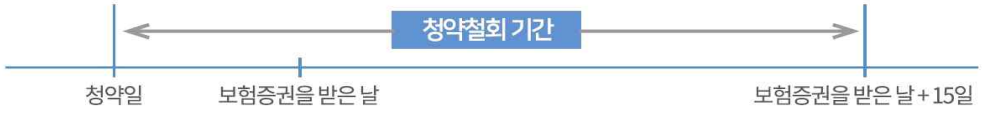
Ⅲ. 보험계약의 일반사항



01. 청약을 철회할 수 있는 권리

(보통약관기준) 청약의 철회 p.11

◉ 일반금융소비자인 보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내(다만, 청약을 한 날부터 30일을 한도로 합니다.)에 보험계약의 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.



◉ 일반금융소비자 : 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말합니다.

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

02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

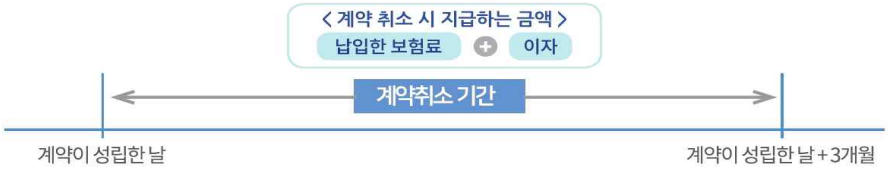
약관교부 및 설명의무 등 p.12

◉ 보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

① 보험계약을 청약할 때 보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서를 전달받지 못한 경우

② 보험약관의 중요내용을 설명 받지 못한 경우

③ 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우



03. 보험계약의 무효

계약의 무효 p.13

◉ 보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의(신뢰성을 갖춘 전자문서 포함)를 얻지 않은 경우

② 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우

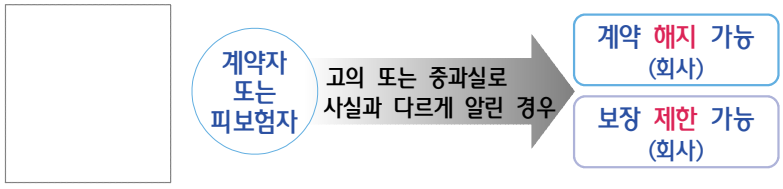
③ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우



04. 보험계약前 알릴의무 및 위반시효과

계약 전 알릴 의무 p.8

◉ 보험계약자는 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 청약서의 질문사항(중요사항)에 대하여 사실대로 알려야 합니다.



주의

① 청약서의 질문사항에 대하여 보험설계사에게만 구두로 알렸을 경우 보험계약前 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.

② 전화 등 통신수단을 통한 보험계약의 경우 보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.



민원 사례

A씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방 받은 사실을 보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채 보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 당뇨병으로 통원치료를 받아 보험금을 청구

→ 보험회사는 보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내

법률 지식

[대법원 2007.6.28.선고 2006다59837]

일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의 무를 수령할 권한이 없음



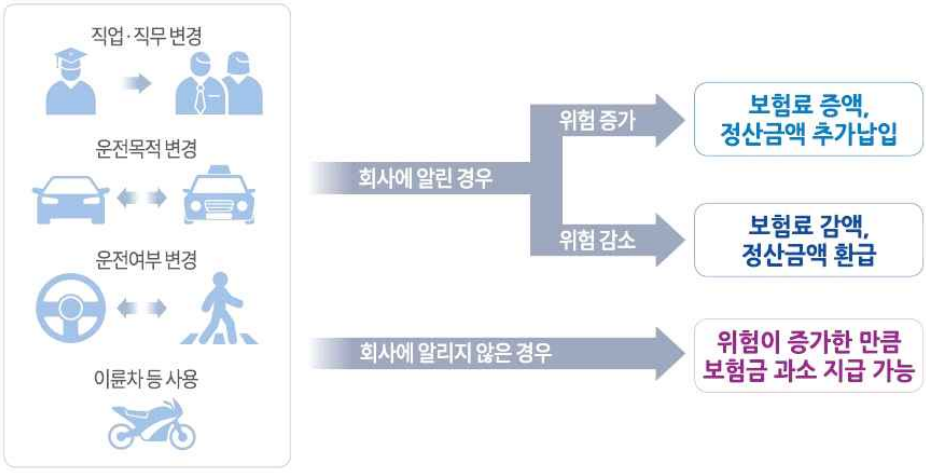
05. 보험계약後 알릴 의무 및 위반시 효과

계약 후 알릴 의무 p.8

◉ 보험계약자 또는 피보험자는 직업, 직무 변경 등이 발생한 경우 지체없이 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다. 이를 위반하는 경우 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

주의

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로
① 위험이 감소한 경우 보험료를 감액하고 정산금액을 환급하여 드리며,
② 위험이 증가한 경우 보험료가 증액되고 정산금액의 추가 납입이 필요할 수 있습니다.

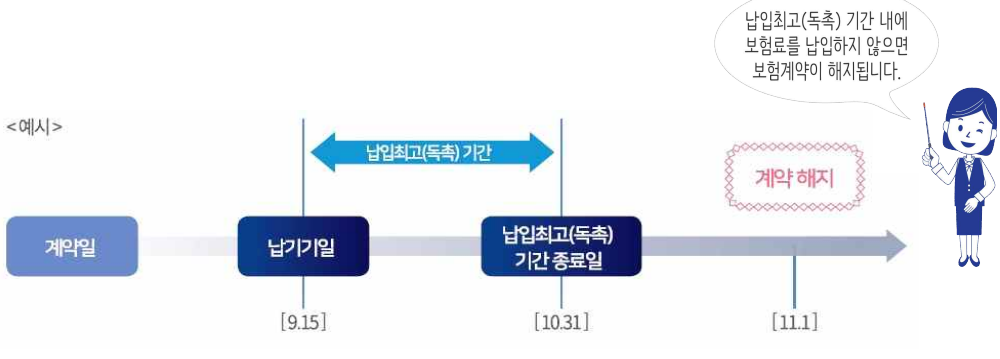


06. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지 p.17

◉ 보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때에는 회사가 정하는 14일 이상의 기간을 보험료 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.

* 납입최고(독촉)기간 : 14일 이상(보험기간 1년 미만인 경우 7일 이상)





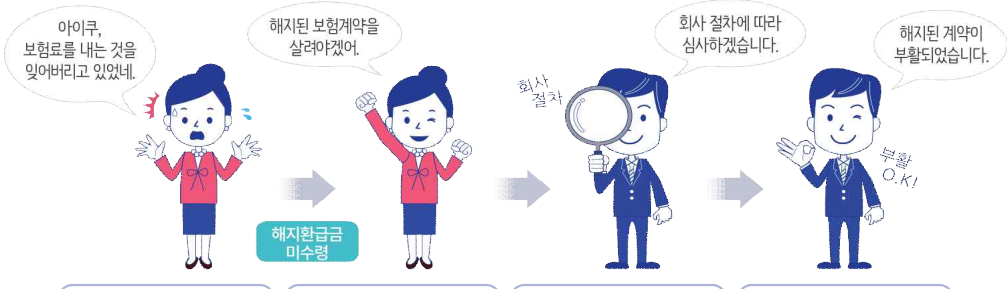
07. 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복) p.18

◉ 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 해지된 날부터 3년 이내에 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

주의

보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.



보험료미납으로 인한 **계약의 해지**	해지 후 3년 이내 **부활 청약**	건강상태, 직업 등 **심사**	**승낙** or **거절** 또는 **일부 보장제한**

08. 보험계약대출

보험계약대출 p.20

◉ 보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

주의

① 상환하지 않은 보험계약대출금 및 이자는 해약환급금 또는 보험금에서 차감될 수 있습니다.
② 순수보장성보험 등 보험상품 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.
③ 보험계약자는 대출신청 전에 보험계약대출이율을 반드시 확인하시기 바랍니다.

<예시>

환급금 내역서

해지환급금	공제금액			실 수령액
	원금	이자	계	
1,000 만원	500 만원	5 만원	505 만원	495 만원



09. 보험금 청구절차 및 서류

보험금 등의 지급절차 p.4

◉ 보험금은 보험금 청구서류를 접수한 날부터 3영업일(단, 재물/배상책임사고는 7영업일) 이내에 보험금을 지급합니다.



청구서류 접수일로부터 3영업일
(단, 재물/배상책임사고는 7영업일)이내
(미지급시 지연이자 지급)

주의 **소액 보험금 청구 시 진단서 제출이 면제되는 등 청구서류가 간소화되는 경우가 있으니, 보험금 청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.**

보험금 청구서류						
구분	진단서	입·퇴원확인서	수술확인서	통원확인서	진단사실 확인서류	공통
사망	● (사망진단서)					청구서 신분증
장해	● (장해진단서)					
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원	△	●				
수술	△		●			
실손	△	● (입원시)	● (수술시)	● (통원시)		

주) 보험사고의 종류, 내용 등에 따라 진료비 세부내역서 등 추가서류가 필요할 수 있습니다.

● : 꼭 필요한 서류

△ : 서류가 필요할 수도 있음



Ⅳ. 보험금 청구시 구비서류 안내

※ 아래의 보험금 청구서류 외에 추가/대체 서류를 요청드리는 경우가 있을 수 있으니, 반드시 담당자와 필요 서류에 대해서 상의하시기 바랍니다.

<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th colspan="2">구비서류</th><th>제공/
발급처</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">공 통</td><td colspan="2">· 보험금청구서, 개인(신용)정보처리동의서
· 수익자 계좌번호
· 청구인 신분증 사본</td><td>당사 양식</td></tr>
<tr><td>가족관계 확인 필요시
(배우자/자녀 등의 보장상품,
수익자가 미성년자인 경우 등)</td><td>· 가족관계 확인 서류
(가족/혼인관계증명서)</td><td rowspan="2">시/군/구청 및
읍/면/동
주민센터
보험회사
(위임장)</td></tr>
<tr><td>대리인청구시</td><td>· 위임장 원본(인감날인)
· 보험금청구권자의 인감증명서 원본 또는 본인서명사실확인서
· 보험금청구권자의 개인(신용)정보동의서</td></tr>
<tr><td rowspan="7">상해</td><td>사망</td><td colspan="2">· 사망진단서 또는 사체검안서(사본 제출시 원본대조필 포함)
· 사망자 기준의 가족/혼인관계증명서 등(보상담당자와 상의 요)
· 위임자의 위임장 및 인감증명서, 신분증 사본</td><td>의료기관
주민센터</td></tr>
<tr><td>후유장해</td><td colspan="2">· 후유장해진단서(약관상 장해분류표에 따른 장해판정 필요)
- 장해부위별 약관에 따른 장해진단 방법이 상이하므로 자세한 상담을 원하시는 경우 장해진단서 발급 전 보상담당자와 상의하시기 바랍니다.
· 일반진단서로 대체 가능한 경우
- 만성신부전 : 혈액투석(최초투석일, 환자상태 기재)
- 사지절단(절단부위 명시) : X-RAY 결과지
- 인공관절치환술(치환일자, 부위 명시) : 수술기록지
- 비장 · 신장 · 안구적출(적출일자, 부위 명시) : 수술기록지
- 장기전절제(절제일자, 부위 명시) : 수술기록지</td><td>의료기관</td></tr>
<tr><td>상해/골절
진단비</td><td colspan="2">· 초진기록지/응급실기록지/구급활동일지 中 1
· 진단서/소견서
· 영상검사결과지(판독지), 골절 영상 등</td><td>의료기관</td></tr>
<tr><td>상해/골절
수술비</td><td colspan="2">· 초진기록지/응급실기록지/구급활동일지 中 1
· 진단서/소견서
· 영상검사결과지(판독지), 골절 영상 등
· 수술기록지, 진료비세부내역서 등</td><td>의료기관</td></tr>
<tr><td>입원</td><td colspan="2">· 초진기록지, 영상검사결과지(판독지) 中 1
· 입퇴원요약지(입퇴원확인서x) 등
→ 4일 이상 입원 시 간호기록지 必</td><td>의료기관</td></tr>
<tr><td>통원</td><td colspan="2">· 진단명(질병분류코드 포함)이 포함된 서류
(예시)통원확인서, 치료확인서, 진료기록지 등</td><td>의료기관</td></tr>
<tr><td>간병인
일당</td><td colspan="2">· 사업자등록증, 간병인협회 가입확인서
· 간병인 영수증, 간병비 입출금내역
· 입퇴원요약지</td><td>의료기관</td></tr>
</table>

구분	구비서류	제공/ 발급처
자동차사고부상치료비	1. 자동차보험 처리시 · 교통사고사실확인원 · 부상등급 명기된 자동차보험 보상처리확인서 2. 자동차보험 미처리시 ① 자동차사고를 입증할 수 있는 서류 · 교통사고사실확인원 · 교통사고(TA) 확인을 위한 의료기록사본(진단서, 병원초진차트등) · 차량피해 견적서, 차량피해사진 등 ② 상해등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)	보험회사 의료기관
교통사고처리지원금	· 피해자진단서, 공소장 · 경찰서에 제출된 형사합의서(합의금액 명시) · 형사합의금이 입금된 내역 ※ 단, 미합의시에는 공탁서 및 피해자 공탁금 출금 확인서	경찰서 또는 보험회사 금융기관사 법원
벌금	· 법원판결문 또는 약식명령문 · 벌금 납부 영수증	법원
변호사선임비	· 판결문, 구속영장(재소·출소 증명서) · 공소장 · 변호사가 발행한 세금계산서	법원 변호사사무실

V. 보험용어 해설

◉ 보험약관

보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

◉ 보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

◉ 보험계약 관계자

피보험자, 보험수익자, 대리인

<신체손해·비용손해 보장>

가. 피보험자 : 보험사고 발생의 대상이 되는 사람으로 피보험자라 정함

나. 보험수익자 : 보험사고 발생 시 보험금 청구권을 갖는 사람

다. 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람

◉ 보험료

1) 보장보험료 : 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료

2) 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료

3) 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 사업비를 공제한 후의 금액

◉ 보험금

<신체손해·비용손해 보장>

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

◉ 보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

◉ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

◉ 보험계약일

계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준

◉ 보험년도

보험계약일로부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음연도 보험계약해당일 전일까지의 기간)를 말함

◉ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

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

◉ 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

◉ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

◉ 청약철회

보험계약을 체결한 후 일정 기간 내에 계약을 취소할 수 있는 제도

◉ 제척기간

일정한 권리에 대해 법적으로 정해진 존속기간을 의미

◉ 초과보험

가입자와 보험사가 계약상 임의로 정한 보험 가입금액이 보험가액을 초과하는 경우를 의미

◉ 보험목적물

보험에서 보장하는 내용, 즉 보험사고 발생의 대상을 의미

◉ 승환

기존보험 계약을 해지하고 새로운 보험 계약으로 가입하는 것을 의미

◉ 불완전판매

보험상품을 소비자에게 판매할 때 보험금 지급 기준을 비롯한 주요 사항에 대한 충분한 설명을 하지 않고 보장금액만 강조하는 행위

◉ 면책기간

보험사가 소비자의 도덕적해이를 막기 위해 마련해 놓은 장치로 가입 후 일정 기간 보장을 해주지 않는 기간

◉ 감액지급기간

보험금 지급 사유가 발생하더라도 보험금액을 전부 지급하지 않고 감액하여 지급하는 기간

◉ 납입면제

사고나 질병으로 인해 보험료 납입이 어려운 상태가 되는 경우 계약자의 보험료 납입 의무를 면제해 주는 제도

◉ 전기납

보험기간과 납입기간이 같은 계약의 형태

◉ 세만기형

일정 기간 동안 매월 보험료 납부 후, 정해진 나이까지 보장을 받는 형식

◉ 부활

보험계약이 효력을 상실한 상태에서 다시 효력을 회복하는 것을 의미

◉ 무배당

배당을 주지 않는 보험상품을 의미

무배당 하나더베스트 운전자상해종합보험(2604)
약 관

목차

• 상황별 목차 •

※ 아래와 같은 상황에서 필요한 정보를 해당 약관 조항에서 확인할 수 있습니다. 단, 조항번호는 보통약관 기준입니다.

구 분	상 황	해당 조항
❶ 용어 정의	이 계약에서 쓰이는 용어를 알고 싶어요.	제2조(용어의 정의) ····· 2
❷보험금의 지급	어떤 경우에 보험금을 받을 수 있나요?	제3조(보험금의 지급사유) ····· 3 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 3 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 3
	보험금은 청구하면 언제 지급되나요?	제8조(보험금 등의 지급절차) ····· 4
❸ 계약 전 알릴 의무	계약 전 알릴 의무가 무엇인가요?	제16조(계약 전 알릴 의무) ····· 8 제18조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 9
❹ 보험계약의 성립과 유지	청약을 철회하고 싶어요.	제21조(청약의 철회) ····· 11
	보험수익자를 변경하고 싶어요. 보험가입금액을 감액하고 싶어요.	제24조(계약내용의 변경 등) ····· 13
❺ 보험료의 납입	보험료 납입할 때 유의할 점은 무엇인가요?	제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ·· 15 제28조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 15
	보험료의 납입이 연체되었어요.	제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 17 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 18
❻계약의 해지	계약을 해지하고 싶어요.	제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 20 제38조(해약환급금) ····· 20

목차

보 통 약 관

제1관 목적 및 용어의 정의 2
제1조(목적) 2
제2조(용어의 정의) 2

제2관 보험금의 지급 3
제3조(보험금의 지급사유) 3
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 3
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 3
제6조(보험금 지급사유의 통지) 4
제7조(보험금 등의 청구) 4
제8조(보험금 등의 지급절차) 4
제9조(중도인출금) 5
제10조 (공시이율의 적용 및 공시) 5
제11조(만기환급금의 지급) 6
제12조(보험금 받는 방법의 변경) 6
제13조(주소변경통지) 6
제14조(보험수익자의 지정) 6
제15조(대표자의 지정) 7

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 8
제16조(계약 전 알릴 의무) 8
제17조(계약 후 알릴 의무) 8
제18조(알릴 의무 위반의 효과) 9
제19조(사기에 의한 계약) 10

제4관 보험계약의 성립과 유지 11
제20조(보험계약의 성립) 11
제21조(청약의 철회) 11
제22조(약관교부 및 설명의무 등) 12
제23조(계약의 무효) 13
제24조(계약내용의 변경 등) 13
제25조(보험나이 등) 14
제26조(계약의 소멸) 14

제5관 보험료의 납입 15
제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 15
제28조(제2회 이후 보험료의 납입) 15
제29조(보험료의 납입면제) 15
제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 16
제31조(보험료의 자동대출납입) 17
제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 17
제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 18
제34조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) 18

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 20
제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 20
제36조(중대사유로 인한 해지) 20
제37조(회사의 파산선고와 해지) 20
제38조(해약환급금) 20
제39조(보험계약대출) 20
제40조(배당금의 지급) 20
제41조(위법계약의 해지) 21

제7관 분쟁의 조정 등 22
제42조(분쟁의 조정) 22
제43조(관할법원) 22

제44조(소멸시효) 22
제45조(약관의 해석) 22
제46조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) 22
제47조(회사의 손해배상책임) 22
제48조(개인정보보호) 22
제49조(준거법) 23
제50조(예금보험에 의한 지급보장) 23

특 별 약 관

Ⅰ. 상해 관련 특별약관 25
1-1. 교통상해사망 특별약관 25
1-2. 일반상해사망 특별약관 27
1-3. 신주말교통상해사망 특별약관 28
1-4. 대중교통이용중교통상해사망 특별약관 30
1-5. 교통상해후유장해(3~100%) 특별약관 32
1-6. 일반상해후유장해(3~100%) 특별약관 34
1-7. 신주말교통상해후유장해(3~100%) 특별약관 36
1-8. 대중교통이용중교통상해후유장해(3~100%) 특별약관 38
1-9. 일반상해입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관 40
1-10. 일반상해중환자실 입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 41
1-11. 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관 43
1-12. 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도) 특별약관 47
1-13. 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관 50
1-14. 교통상해 입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 53
1-15. 신주말교통상해 입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 55
1-16. 일반상해수술비 특별약관 57
1-17. 상해수술비(1~8종)(연간1회한) 특별약관 59
1-18. 상해수술비(1~5종)Ⅲ 특별약관 63
1-19. 뇌·내장손상수술비 특별약관 65
1-20. 골절진단비(치아파절제외) 특별약관 68
1-21. 골절진단비(치아파절포함) 특별약관 70
1-22. 5대골절진단비 특별약관 71
1-23. 화상진단비 특별약관 72
1-24. 골절수술비 특별약관 73
1-25. 5대골절수술비 특별약관 75
1-26. 화상수술비 특별약관 77
1-27. 자동차사고부상치료비Ⅰ 특별약관 79
1-28. 자동차사고부상치료비Ⅱ 특별약관 81
1-29. 상해 응급실내원비(응급) 특별약관 82
1-30. 자동차사고부상(차량단독사고제외)치료비 특별약관 84
1-31. 중증자동차사고부상치료비 특별약관 86
1-32. 자동차사고부상치료비(1~11급) 특별약관 88
1-33. 일반상해수술입원일당(1일이상10일한도) 특별약관 90
1-34. 일반상해입원일당(1일이상30일한도) 특별약관 93
1-35. 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 94
1-36. 중대한특정상해수술비(최초1회한) 특별약관 96
1-37. 중대한화상및부식진단비 특별약관 98
1-38. 깁스치료비 특별약관 99
1-39. 일반상해종합병원 입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 100
1-40. 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상30일한도) 특별약관 102
1-41. 척추상해수술비(관혈/비관혈)(연간1회한,동일사고당1회지급) 특별약관 105
1-42. 창상봉합술치료비(안면부, 1일 1회한, 연간3회한) 특별약관 108
1-43. 창상봉합술치료비(1일 1회한, 연간3회한) 특별약관 110
1-44. 상해입원·통원수술비(동일사고당1회지급) 특별약관 112
1-45. 추간판탈출증수술비 특별약관 115
1-46. 추간판탈출증신경차단술치료비(급여,연간1회한) 특별약관 117
1-47. 통합상해진단비 특별약관 119
1-48. 특정외상성뇌손상진단비(최초1회한) 특별약관 121
1-49. 특정외상성뇌출혈진단비(최초1회한) 특별약관 122

1-50. 특정외상성장기손상진단비(최초1회한) 특별약관 123
1-51. 외상후스트레스장애진단비(연간1회한) 특별약관 124
1-52. 중증화상 산정특례대상 진단비(최초1회한) 특별약관 126
1-53. 중증외상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한) 특별약관 128
1-54. 일반상해수술비(창상봉합술제외) 특별약관 131
1-55. 상해종합병원수술비 특별약관 134
1-56. 상해상급종합병원수술비 특별약관 136
1-57. 아킬레스힘줄손상수술비 특별약관 139
1-58. 골절철심제거수술비(연간1회한,급여) 특별약관 141
1-59. 관절(무릎및고관절)수술비 특별약관 143
1-60. 무릎인대파열및연골손상수술비 특별약관 145
1-61. 외상성척추손상수술비 특별약관 147
1-62. 상해CT검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 149
1-63. 상해MRI검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 151
1-64. 상해재활치료비(급여,1일1회한,연간15회한) 특별약관 153
1-65. 상해재활치료비(급여,1일1회한,연간30회한) 특별약관 155
1-66. 상해재활치료비(급여,1일1회한,연간60회한) 특별약관 157
1-67. 골절(치아파절제외)부목치료비 특별약관 159
1-68. 상해흉터성형수술비 특별약관 160
1-69. 일반상해80%이상후유장해 특별약관 162
1-70. 일반상해50%이상후유장해 특별약관 163
1-71. 차대차 자동차사고부상치료비(1~11급) 특별약관 164
1-72. 차대차 자동차사고부상 입원일당(1~11급)(1일이상 30일한도) 특별약관 166
1-73. 차대차 자동차사고부상 통원일당(1~11급)(1일이상 30일한도) 특별약관 168
1-74. 상해통합치료비(고급형) 특별약관 170
1-75. 상해통합치료비(표준형) 특별약관 187
1-76. 상해통합치료비(실속형) 특별약관 205

Ⅱ. 비용 관련 특별약관 **222**
2-1. 교통사고처리지원금Ⅴ(비탑승중포함) 특별약관 222
2-2. 교통사고처리지원금Ⅳ(비탑승중)(기가입자용) 특별약관 226
2-3. 자동차사고벌금Ⅱ(대인, 3천만원한도)(비탑승중포함) 특별약관 229
2-4. 자동차사고벌금Ⅱ(대인, 3천만원한도)(비탑승중)(기가입자용) 특별약관 231
2-5. 자동차사고벌금(대물) 특별약관 233
2-6. 자동차사고성형치료비 특별약관 235
2-7. 민사소송 법률비용손해 특별약관 237
2-8. 민사소액사건 변호사선임비 특별약관 241
2-9. 교통사고처리지원금(중대법규위반,6주미만)Ⅱ 특별약관 245
2-10. 가족과실치사상벌금 특별약관 247
2-11. 업무상과실중과실치사상벌금 특별약관 249
2-12. 자동차사고변호사선임비Ⅱ(심급별 500만원 한도) 특별약관 251
2-13. 자동차사고변호사선임비용(Ⅴ) 특별약관 255
2-14. 행정소송 법률비용손해 특별약관 259
2-15. 강력범죄피해 특별약관 263
2-16. 교통사고처리지원금(중상해불송치및불기소) 특별약관 265
2-17. 자동차사고벌금Ⅱ(대인, 2천만원초과 1천만원한도) 특별약관 267
2-18. 화재벌금 특별약관 269
2-19. 가족화재벌금 특별약관 270
2-20. 보이스피싱손해 특별약관 272
2-21. 보복운전피해손해 275
2-22. 자동차사고 민사소송 법률비용손해 특별약관 277
2-23. 급발진 자동차사고 변호사선임비 특별약관 281
2-24. 운전면허취소보장(영업용) 특별약관 283
2-25. 운전면허정지일당(영업용) 특별약관 284

Ⅲ. 재물손해 관련 특별약관 **285**
3-0. 재물손해 공통 특별약관 285
3-1. 화재손해 특별약관 289
3-2. 붕괴·침강·사태손해 특별약관 292
3-3. 풍수재손해(특수건물) 특별약관 294

3-4. 도난손해 특별약관 296
3-5. 주택(화재) 임시거주비용(1일이상 90일한도) 특별약관 298
3-6. 주택건물(화재) 복구비용 특별약관 300
3-7. 급배수시설누출손해(주택) 특별약관 303
3-8. 6대가전제품 고장수리비용 특별약관 306
3-9. 신16대가전제품 고장수리비용 특별약관 308
3-10. 22대가전제품 고장수리비용 특별약관 310

Ⅳ. 배상책임 관련 특별약관 312
4-0. 배상책임 공통 특별약관 312
4-1. 가족일상생활중배상책임(누수 제외)(대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관 317
4-2. 가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 50만원, 대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관 320
4-3. 가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 100만원, 대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관 323
4-4. 가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 200만원, 대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관 326
4-5. 가족일상생활중배상책임(주택내화재및폭발 제외)(누수 제외)(대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관 329
4-6. 가족일상생활중배상책임(주택내화재및폭발 제외)(누수 포함)(누수 50만원, 대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관 332
4-7. 가족일상생활중배상책임(주택내화재및폭발 제외)(누수 포함)(누수 100만원, 대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관 335
4-8. 가족일상생활중배상책임(주택내화재및폭발 제외)(누수 포함)(누수 200만원, 대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관 338
4-9. 화재배상책임 특별약관 341
4-10. 화재대물배상책임(특수건물) 특별약관 343
4-11. 신체손해배상책임Ⅱ(특수건물) 특별약관 346

Ⅴ. 제도성 특별약관 349
5-1. 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관 349
5-2. 보험료 자동납입 특별약관 350
5-3. 지정대리청구서비스 특별약관 351
5-4. 피보험자 추가 특별약관 352
5-5. 장애인전용보험전환 특별약관 353
5-6. 전자서명 특별약관 356
5-7. 교통사고처리지원금(스쿨존, 어린이 42일미만 치료) 추가보장 특별약관 357
5-8. 보험계약 변경 정산액 분할납입 특별약관 359
5-9. 보험료 납입유예 특별약관 360

별 표
【별표1】 장해분류표 364
【별표2】 골절(치아파절제외) 분류표 379
【별표3】 골절 분류표 380
【별표4】 5대골절 분류표 381
【별표5】 화상 분류표 382
【별표6】 뇌·내장손상 분류표 383
【별표7】 자동차사고부상등급표 385
【별표8】 '변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙'에서 정한 변호사 비용 393
【별표9】 '민사소송 등 인지법'에서 정한 인지액 394
【별표10】 '송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령' 에서 정한 송달료 395
【별표11】 중대한 특정상해 분류표 396
【별표12】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 397
【별표13】 민법 제27조, 제777조 398
【별표14】 의료법 제3조 399
【별표15】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 · 시행령, 개인정보보호법 400
【별표16】 형법 제258조, 제266조, 제267조, 제268조 406
【별표17】 교통사고처리특례법 제3조 407
【별표18】 도로교통법 제43조, 제44조, 제45조, 제151조 408
【별표19】 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 409
【별표20】 형사소송법 제450조, 제453조 410
【별표21】 1~8종 수술 및 시술 분류표 411
【별표22】 척추상해 분류표 426
【별표23】 안면부창상봉합술(3cm이상 또는 근육에 달하는 것)(급여) 대상 수가코드 427
【별표24】 창상봉합술치료(급여) 대상 수가코드 428
【별표25】 추간판탈출증 분류표 430
【별표26】 추간판탈출증 신경차단술(급여) 대상 수가코드 431

【별표27】중증화상 산정특례대상 분류표 432
【별표28】중증외상환자 산정특례대상 분류표 433
【별표29】관절(무릎 및 고관절)손상 분류표 434
【별표30】무릎인대파열 및 연골손상 분류표 435
【별표31】외상성척추손상 분류표 436
【별표32】부상급별 지급보험금표 437
【별표33】아킬레스힘줄손상 분류표 440
【별표34】급여 골절철심제거술 수가코드 441
【별표35】통합상해분류표 442
【별표36】후유장해급별 지급보험금표 445
【별표37】특정 외상성 장기손상 분류표 449
【별표38】특정 외상성 뇌출혈 분류표 450
【별표39】특정 외상성 뇌손상 분류표 451
【별표40】외상후스트레스장애 분류표 452
【별표41】전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법 453
【별표42】신체손해배상책임의 부상급별 지급보험금표 460
【별표43】신체손해배상책임의 후유장해등급별 지급보험금표 463
【별표44】차대차 자동차사고부상등급표 467
【별표45】급여 창상봉합술 대상 수가코드 475
【별표46】골밀도검사(급여) 대상 수가코드 477
【별표47】상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 478
【별표48】마취의료행위 분류표 485
【별표49】수혈의료행위 분류표 486
【별표50】고압산소 의료행위 분류표 487
【별표51】지속적신대체요법(CRRT)(급여)대상 수가코드 488
【별표52】인공호흡기치료(12시간초과)(급여)대상 수가코드 489
【별표53】1~5종수술Ⅲ 분류표 490
【별표54】치료적저체온요법치료(급여)대상 수가코드 496
【별표55】부분체외순환치료(급여)대상 수가코드 497
【별표56】전신마취 의료행위 분류표 498

무배당 하나더베스트 운전자상해종합보험(2604)
보통약관
(자동차사고부상치료비(1~7급)

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 재물손해, 배상책임, 상해 및 비용손해 등에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   - 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   - 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   - 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   - 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
   - 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   - 가. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
   - 나. 장해: 【별표1】 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 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. 지급금과 이자율 관련 용어
   - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   - 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.
   - 다. 해약환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   - 가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   - 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 『관공서의 공휴일에 관한 규정』에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.



【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를
원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때
- 1년 후 : 100원 + (100원 × 10%) = 110원
- 2년 후 : 110원 + (110원 × 10%) = 121원



【평균공시이율】

전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. (금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.)

5. 운전 용도별 정의
   - 가. 영업용: 보험기간 중 차량이 영리를 목적으로 하는 업무의 수행 또는 그 업무를 위한 수단으로 차량을 운전하는 경우를 말합니다.
   - 나. 자가용 : 보험기간 중 차량이 영리를 목적으로 하지 않고 개인의 일상생활 또는 가정용도로 차량을 운전하는 경우를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에서 정한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표7】 자동차사고부상등급표의 상해등급 중 1급 내지 7급을 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

상해등급	지급금액
1급~7급	보험가입금액

[운전자용]

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

[비운전자용]

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

② 제1항의 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항의 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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



【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

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

③ 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행 중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생된 사고
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 사고
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 사고
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 사고
5. 〈비운전자용〉의 경우 자동차를 직접 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고

제6조(보험금 지급사유의 통지)

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

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 교통사고 증명을 위한 필요 서류(교통사고 사실 확인을 위한 자동차보험 보상처리확인서 또는 경찰서에서 발행하는 교통사고사실확인원)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

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 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.



【보험금 가지급제도】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 제42조(분쟁의 조정)에 따르며, 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

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

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표12】『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제18조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제9조(중도인출금)

① 회사는 보장개시일부터 1년 이상 경과된 유효한 계약에 대하여 계약자의 신청이 있는 경우 매 보험년도마다 4회에 한하여 중도인출금을 지급합니다.

② 제1항의 중도인출금은 기본계약의 해약환급금과 기본계약 적립부분 해약환급금 중 적은 금액의 80%의 범위 내에서 신청할 수 있으며, 중도인출금의 총 누적액은 중도인출금을 한 번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해약환급금과 기본계약 적립부분 해약환급금 중 적은 금액의 80%를 한도로 합니다. 다만, 보험계약대출금이 있을 때에는 그 원금과 이자 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 중도인출금을 지급받은 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계약자적립액에서 해당 중도인출금액을 차감합니다.

④ 중도인출시 만기(해약)환급금에서 인출금액 및 인출금액에 부리되었을 이자만큼 차감되므로 환급금이 감소합니다.



【보험년도】

보험계약일로부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음 연도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)을 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2026년 8월 15일인 경우 보험년도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년입니다.

【중도인출금의 한도 예시】

계약자 신청 시점에서 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 계산된 기본계약 해약환급금과 기본계약 적립부분 해약환급금 중 적은금액이 100만원인 경우 중도인출 가능액은 80만원(100만원의 80%)입니다. 단, 보험계약대출금이 있으며 그 원금과 이자의 합계가 30만원인 경우 중도인출 가능액은 50만원(80만원-30만원)입니다.

제10조 (공시이율의 적용 및 공시)

① 이 계약의 기본계약 적립부분 계약자적립액 계산시 적용되는 이율은 매월 1일 회사가 정한 보장성공시이율3(이하 '공시이율'이라 합니다)으로 합니다. 단, 공시이율의 최저보증이율은 연단위 복리 0.3%로 합니다.



【최저보증이율】

공시이율이 낮아지더라도 회사가 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 최저보증이율이 0.3%인 경우 공시이율이 0.25%로 낮아지더라도 계약자적립액은 공시이율(0.25%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 부리됩니다. 따라서 계약자는 공시이율이 아무리 낮아지더라도 최저보증이율로 부리한 계약자적립액은 보장받을 수 있습니다.

② 제1항의 공시이율은 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리(국고채, 회사채, 통화안정증권 등의 수익률을 가중평균하여 계산)를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.

③ 회사는 제1항 내지 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제11조(만기환급금의 지급)

① 회사는 보험기간이 끝난 때에 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에 대하여 보험료납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 제10조(공시이율의 적용 및 공시)에 정한 공시이율로 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 적립한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 그러나 기인출된 중도인출금이 있는 경우에는 그 원금과 이자 합계액을 빼고 지급합니다.

② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

③ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표12】『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에 따릅니다.

제12조(보험금 받는 방법의 변경)

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

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 계약의 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 이 계약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.



예) 보험금: 3천만원, 보험금 지급일자: 2026년 8월 10일
보험금을 일시에 받지않고 3년 동안 매년 동일한 금액으로 나누어 지급받는 경우

지급일	지급금액
2026년 8월 10일	1천만원
2027년 8월 10일	1천만원×(평균공시이율)[1]
2028년 8월 10일	1천만원×(평균공시이율)[2]

※ 평균공시이율이란 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. (금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 "업무자료-보험상품자료"에서 확인할 수 있습니다)

③ 제2항에도 불구하고 회사는 「보험금의 지급사유」에서 정한 나누어 지급하는 보험금에 대해서 일시에 지급하는 경우에 한해 "평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보장부분 적용이율(보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말합니다)을 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급합니다.

제13조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제14조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제11조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 그 밖의 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.



【법정상속인】

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

제15조(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 알릴의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.



【연대】

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴의무'라 하며, 「상법」 상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.



【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 날부터 1월내에, 계약을 체결한 날부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제17조(계약 후 알릴 의무)

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 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제24조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지 (우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자,피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리 (환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없음) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 보험료 갱신형 계약 등 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.



【비례보상에 대한 예시】

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가하였으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경 전 보험료를 계속 납입하던 중 일반상해80%이상후유장해에 대한 보험금 지급사유가 발생한 경우

예시) 직업급수가 1급에서 2급으로 변경된 경우
일반상해80%이상후유장해 보험가입금액 : 1천만원
일반상해80%이상후유장해 변경전 요율(1급) : 0.4
일반상해80%이상후유장해 변경후 요율(2급) : 0.8
→ 고객이 수령하는 일반상해80%이상후유장해 보험금 : 1천만원 × (0.4 ÷ 0.8) = 500만원

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제18조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제17조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을

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

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제17조(계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑧ 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제19조(사기에 의한 계약)

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, "인출 및 감액으로 회사가 실제 지급한 금액"을 차감한 금액. 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제20조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 계약에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제21조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제46조 및 관련 법규가 정하는 바에 따라 보험증권을 받은 날 부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.



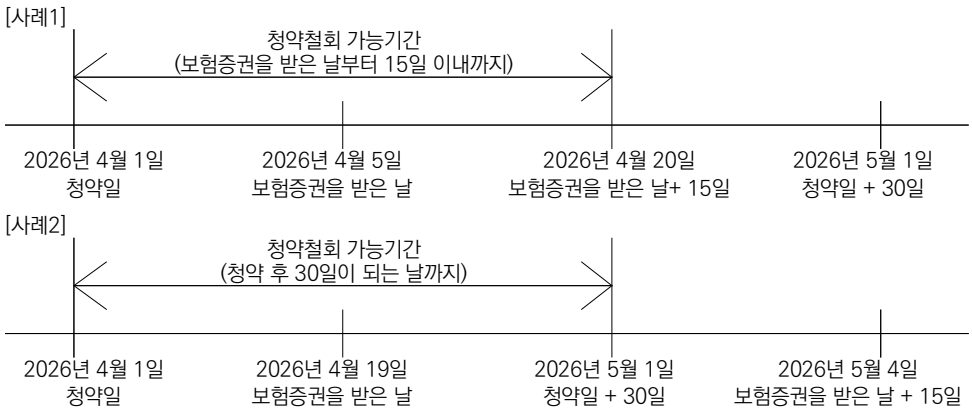
【일반금융소비자】
전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말합니다.

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

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 한다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.



【청약철회 가능기간】



일반적으로 일반금융소비자인 계약자는 [사례1]의 경우처럼 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 청약을 철회할 수 있습니다. 그러나 [사례2]의 경우처럼 보험증권을 받은 날부터 15일(2026년 5월 4일)이 청약한 날부터 30일(2026년 5월 1일)을 초과하는 경우 청약철회 가능기간은 2026년 5월 1일까지로 합니다.

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

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

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

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

제22조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

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

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

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



【약관의 중요한 내용】

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

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항



【통신판매계약】

전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

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



【자필서명】

날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

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

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

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

제23조(계약의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법」 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이때 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 심신박약자】

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

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.

제24조(계약내용의 변경 등)

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

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

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



【유의사항】

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

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행

령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 계약자가 제1항 제5호의 규정에 의하여 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해약)환급금보다 적어질 수 있습니다.

⑦ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제25조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제23조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

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



【보험나이 계산 예시】

생년월일: 1994년 10월 2일

예1) 계 약 일 : 2026년 3월 13일

2026년 3월 13일
− 1994년 10월 2일
31년 5월 11일 = 31세

예2) 계 약 일 : 2026년 4월 13일

2026년 4월 13일
− 1995년 10월 2일
31년 6월 11일 = 32세

【계약해당일 계산】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

계약일 : 2026년 4월 13일 ⇒ 계약해당일 : 매년 4월 13일

단, 계약해당일 2월 29일이 없을 경우에는 2월 28일을 계약해당일로 합니다.

제26조(계약의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다. 이때 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.



【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

② 제1항의 '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.

제5관 보험료의 납입

제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.



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

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제16조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제18조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 제1항 및 제2항의 보험료는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급을 위해 필요한 보험료(이하 「보장보험료」라 합니다)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하 「적립보험료」라 합니다)로 구성됩니다(이하 「보장보험료」와 「적립보험료」를 합하여 「보험료」라 합니다).

제28조(제2회 이후 보험료의 납입)

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



【납입기일】
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제29조(보험료의 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제합니다.

1. 자동차사고로 발생한 상해의 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표7】 「자동차사고부상등급표」의 상해등급 중 1급 내지 7급을 받은 경우
2. 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 장해분류표 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우

② 회사는 제1항에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.

③ 제1항의 규정에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신계약의 보장보험료를 계속 납입하여야 합니다.

④ 아래의 특별약관은 납입면제를 적용하지 않습니다.

【보험료 납입면제 제외대상 특별약관】

- 화재손해
- 붕괴·침강·사태손해
- 풍수재손해(특수건물)
- 도난손해
- 화재배상책임
- 화재대물배상책임(특수건물)
- 신체손해배상책임Ⅱ(특수건물)
- 주택(화재)임시거주비(1일이상90일한도)
- 주택건물(화재)복구비용
- 급배수시설누출손해(주택)



【유의사항】

- 보험료 납입면제 사유에 해당하는 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 그 사실을 회사에 알리고 보험료 납입면제를 요청하여야 합니다.
- 회사는 납입면제 사유를 조사· 확인하기 위해 필요하다고 인정되는 경우에는 검사결과, 진료기록부 등 증빙서류를 요청할 수 있습니다.
- 회사는 계약이 해지된 이후 피보험자가 보험료 납입면제 사유에 해당하게 된 경우 보험료 납입면제를 적용하지 않습니다.

제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

① 제29조(보험료의 납입면제)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, "장해분류표"에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

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

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



【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

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

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 계약에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑧ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제29조의(보험료의 납입면제) 제1항의 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료 납입면제를 하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

⑨ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해관련 후유장해가 발생한 때에는 제29조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

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

⑩ 회사는 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 사고는 제29조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행 중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생된 사고
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 사고
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 사고
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 사고
5. 〈비운전자용〉의 경우 자동차를 직접 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고

제31조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제39조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

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

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 보험료의 자동대출납입 기간이 종료되거나 제2항에 따라 자동대출 납입을 더 이상 할 수 없는 경우, 이를 최초 도래하는 납입일 15일 이전까지 서면, 전화 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 알려드립니다.



【자동대출납입】

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

제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료

를 납입하여야 한다는 내용

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

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.



【전자서명법 제2조(정의)】

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 회사가 정하는 이율로 계산한 금액(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 금액)을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴의무), 제18조(알릴 의무 위반의 효과), 제19조(사기에 의한 계약), 제20조(보험계약의 성립) 및 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제18조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제34조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제24조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

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



【강제집행】
강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 아니하는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

【담보권실행】
담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 아니하는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

【국세 및 지방세 체납처분 절차】
국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.
법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.
또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제23조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제36조(중대사유로 인한 해지)

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

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



【유의사항】

계약자 또는 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제37조(회사의 파산선고와 해지)

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

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제38조(해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다. 이때, 적립부분 순보험료에 대하여는 회사는 제1회 보험료를 받은 날부터 제10조(공시이율의 적용 및 공시)에 정한 공시이율을 적용합니다. 그러나 기인출된 중도인출금이 있는 경우에는 그 원금과 이자 합계액을 빼고 지급합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표12】『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제41조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제39조(보험계약대출)

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

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

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제40조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제41조(위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

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

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제38조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 「민법」 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제42조(분쟁의 조정)

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

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제43조(관할법원)

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

제44조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.



【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2026년 4월 1일에 발생하였음에도 2029년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제45조(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.

제46조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

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

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.



【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제47조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제48조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정

보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제49조(준거법)

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

제50조(예금보험에 의한 지급보장)

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



【예금자보호제도】

예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다.

무배당 하나더베스트 운전자상해종합보험(2604)
특별약관

Ⅰ. 상해 관련 특별약관

1-1. 교통상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 교통상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 「교통상해」라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 「교통사고」라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

[운전자용]

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중이거나 운행 중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

[비운전자용]

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중이거나 운행 중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항의 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항의 「기타교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

⑤ 제2항의 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "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】
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】
1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료중단등결정 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 사망보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-2. 일반상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 '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】
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】
1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유)의 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 사망보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-3. 신주말교통상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 신주말에 교통상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액을 신주말교통상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 「신주말」이라 함은 사고발생지의 표준시를 기준으로 금요일, 토요일, 법정공휴일(일요일 포함) 및 근로자의 날을 말합니다.

③ 제1항의 「교통상해」라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 「교통사고」라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

[운전자용]

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중이거나 운행 중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

[비운전자용]

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중이거나 운행 중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

④ 제3항의 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

⑤ 제3항의 「기타교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

⑥ 제3항의 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "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】
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】
1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 사망보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-4. 대중교통이용중교통상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 대중교통상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액을 대중교통상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 「대중교통상해」라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 「대중교통사고」라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

1. 운행 중 대중교통수단에 피보험자가 탑승 중에 일어난 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 일어난 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기 중 일어난 교통사고

③ 제2항의 「대중교통수단」이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.

1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
3. 여객수송용 선박
4. 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
5. 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 '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】
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】
1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다.
2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 사망보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-5. 교통상해후유장해(3~100%) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해로 "장해분류표"(【별표1】『장해분류표』참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 "장해분류표"에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 교통상해후유장해(3~100%)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 「교통상해」라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 「교통사고」라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

[운전자용]

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중이거나 운행 중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

[비운전자용]

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중이거나 운행 중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항의 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항의 「기타교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

⑤ 제2항의 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 【별표1】장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

【사례】

이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 : 보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 후유장해보험금을 지급

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-6. 일반상해후유장해(3~100%) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 "장해분류표"(【별표1】『장해분류표』참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 "장해분류표"에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반상해후유장해(3~100%)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 【별표1】 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

【사례】

이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 : 보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 후유장해보험금을 지급

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-7. 신주말교통상해후유장해(3~100%) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 신주말에 교통상해로 “장해분류표”(【별표1】 『장해분류표』 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 “장해분류표”에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 신주말교통상해후유장해(3~100%)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 「신주말」이라 함은 사고발생지의 표준시를 기준으로 금요일, 토요일, 법정공휴일(일요일 포함) 및 근로자의 날을 말합니다.

③ 제1항의 「교통상해」라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 「교통사고」라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

[운전자용]

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중이거나 운행 중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

[비운전자용]

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중이거나 운행 중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

④ 제3항의 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

⑤ 제3항의 「기타교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

⑥ 제3항의 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 【별표1】 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

【사례】

이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 : 보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 후유장해보험금을 지급

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-8. 대중교통이용중교통상해후유장해(3~100%) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 대중교통상해로 "장해분류표"(【별표1】『장해분류표』참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 3~ 100%에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 "장해분류표"에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 대중교통상해후유장해(3~100%)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 「대중교통상해」라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 「대중교통사고」라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

1. 운행 중 대중교통수단에 피보험자가 탑승 중에 일어난 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 일어난 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기 중 일어난 교통사고

③ 제2항의 「대중교통수단」이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.

1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
3. 여객수송용 선박
4. 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
5. 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 【별표1】장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1】장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1】장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

【사례】

이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 : 보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 후유장해보험금을 지급

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-9. 일반상해입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 일반상해입원일당을 계속 지급합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-10. 일반상해중환자실 입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해중환자실입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 「중환자실」이라 함은 「의료법」 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 중환자실에 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 일반상해중환자실입원일당을 계속 지급합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-11. 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조("간병인"의 정의)에서 정한 "간병인"을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【보험금 지급 예시】

· 보험계약일 : 2026년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 입원기간 : 2027년 4월 1일 ~ 2027년 4월 30일 (30일)
· 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2027년 4월 10일 ~ 4월 17일
  : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 88만원 (1일당 평균 7만원 이상에 해당)
  ⇒ 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2027년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일
  : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 42만원 (1일당 평균 7만원 미만에 해당)
  ⇒ 2만원 × 50% × 8일 = 8만원 지급
· 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 총 지급금액
  ⇒ 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

③ 피보험자가 병원(요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)은 지급하지 않습니다.

③ 가족을 간병인으로 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 가족의 범위는 배우자, 본인 및 배우자의 직계존비속으로 합니다.

제4조("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("간병인"의 정의)

① 이 특별약관에서 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체(사업자 등록한 자가 본인이거나 가족인 경우는 제외)를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 가족을 간병인으로 사용한 경우는 제외합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인 간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인"등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제6조("간호·간병통합서비스"의 정의)

이 특별약관에서 "간호·간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

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

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

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

① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 제5조("간병인"의 정의)에서 정한 "간병인"을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
   가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함해야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
   나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
5. 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-12. 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)은 지급하지 않습니다.

③ 가족을 간병인으로 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 가족의 범위는 배우자, 본인 및 배우자의 직계존비속으로 합니다.

제4조(“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(“간병인”의 정의)

① 이 특별약관에서 “간병인”이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체(사업자 등록한 자가 본인이거나 가족인 경우는 제외)를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 가족을 간병인으로 사용한 경우는 제외합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인 간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인"등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동

지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제6조("간호·간병통합서비스"의 정의)

이 특별약관에서 "간호·간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제2항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
④「공공보건의료에 관한 법률」제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
⑤ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호 · 간병통합서비스의 제공 · 확대, 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.
※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

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

① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관
※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인

방법 포함)

4. 제5조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

   가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함해야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)

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

5. 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-13. 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제4조("간호·간병통합서비스"의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 피보험자가 병원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조("간호·간병통합서비스"의 정의)

이 특별약관에서 "간호·간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제2항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
⑤ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호 · 간병통합서비스의 제공 · 확대, 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.
※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

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

① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함))
4. 제4조("간호·간병통합서비스"의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.
5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-14. 교통상해 입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 「교통상해」라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 「교통사고」라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

[운전자용]

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중이거나 운행 중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

[비운전자용]

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중이거나 운행 중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항의 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항의 「기타교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

⑤ 제2항의 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 교통상해입원일당을 계속 지급합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 교통상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-15. 신주말교통상해 입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 신주말에 교통상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 신주말교통상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 「신주말」이라 함은 사고발생지의 표준시를 기준으로 금요일, 토요일, 법정공휴일(일요일 포함) 및 근로자의 날을 말합니다.

③ 제1항의 「교통상해」라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 「교통사고」라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

[운전자용]

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중이거나 운행 중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

[비운전자용]

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중이거나 운행 중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

④ 제3항의 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

⑤ 제3항의 「기타교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 제4항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

⑥ 제3항의 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 신주말교통상해입원일당을 계속 지급합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 신주말교통상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-16. 일반상해수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다. 이때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-17. 상해수술비(1~8종)(연간1회한) 특별약관

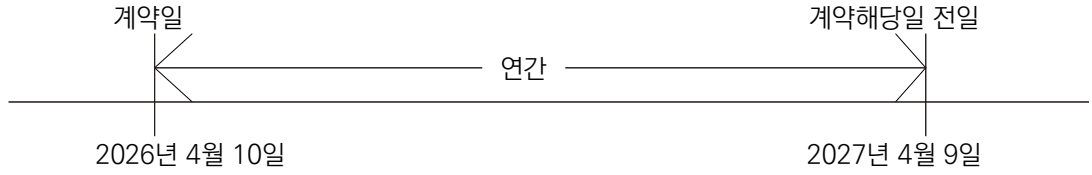
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 1~8종 수술 및 시술 분류표(【별표21】『1~8종 수술 및 시술 분류표』참조)에서 정한 「수술 및 시술」을 받은 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 상해 1~8종 수술비(시술포함)(이하 「상해 1~8종 수술비(시술포함)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 1회의 「수술 및 시술」 또는 1회의 통원당 1회의 「수술 및 시술」에 한하여 보장하며, 하나의 「수술시술코드」 당 연간 1회에 한하여 보장합니다.

수술종류	지급금액
1종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(1종)의 보험가입금액
2종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(2종)의 보험가입금액
3종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(3종)의 보험가입금액
4종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(4종)의 보험가입금액
5종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(5종)의 보험가입금액
6종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(6종)의 보험가입금액
7종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(7종)의 보험가입금액
8종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(8종)의 보험가입금액

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 수술비(시술포함)를 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 수술시술종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

【유의사항】

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 "KDRG"에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는【별표21】『1~8종 수술 및 시술 분류표』의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

【예시】

피보험자가 입원을 하고 "유방재건술(J051)"(3종)과 "유방절제술(J061)"(7종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

④ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 상해 1~8종 수술비(시술포함)를 보장합니다.

⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를

확인할 수 있는 경우 회사는 제4조(수술 및 시술의 정의)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

【예시안내】

자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 "슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)"에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

· 진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)
· 의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-하퇴골-경골(N1604)

⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)를 각각 지급합니다.

⑦ 「복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)」, 「개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N032)」, 「분만및유산후관련장애(수술시행)(O110)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 상해를 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

③ 회사는 【별표21】 『1~8종 수술 및 시술 분류표』의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제4조(수술 및 시술의 정의)

① 이 특별약관에서 「수술 및 시술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 【별표21】 『1~8종 수술 및 시술 분류표』에서 정한 수술시술코드(이하 「수술시술코드」라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발

생하고, 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

【KDRG(Korean Diagnosis Related Group)】

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.
이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【ADRG(Adjacent DRG)】

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위주1)와 진단명주2)에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.
주1) 의료행위
의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.
주2) 진단명
진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

【주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)】

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

③ 제2항의 「수술시술코드」에서 향후 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 「수술시술코드」가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 「수술시술코드」를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 【별표21】『1~8종 수술 및 시술 분류표』의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

【유의사항】

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 "KDRG"기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술포함)를 지급합니다.

【예시】

이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

내 용	수가코드
체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
양성자치료[1회당]	HD121
체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

※「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부가 고시 한 바에 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등

   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

【급여수가코드】

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시) 」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-18. 상해수술비(1~5종)Ⅲ 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 직접적인 원인으로 "1~5종수술Ⅲ 분류표"(【별표53】『1~5종수술Ⅲ 분류표』참조)에서 정하는 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래의 금액을 상해수술비(1~5종)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	수술종류	지급금액
상해수술시	1종	수술비(1~5종)Ⅲ(1종)의 보험가입금액의 100%
	2종	수술비(1~5종)Ⅲ(2종)의 보험가입금액의 100%
	3종	수술비(1~5종)Ⅲ(3종)의 보험가입금액의 100%
	4종	수술비(1~5종)Ⅲ(4종)의 보험가입금액의 100%
	5종	수술비(1~5종)Ⅲ(5종)의 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 동시에 상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-19. 뇌·내장손상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「뇌손상」 또는 「내장손상」을 입고 사고일로부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」 또는 「개복(開腹)수술」을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌·내장손상수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「뇌손상」이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌 손상(【별표6】 「뇌·내장손상 분류표」 참조)을 입은 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 「내장손상」이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표6】 「뇌·내장손상 분류표」 참조)을 입은 경우를 말합니다.

④ 제1항에서 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」, 「개복(開腹)수술」이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」, 「개복(開腹)수술」로 보지 않습니다.

1. 「개두(開頭)수술」이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
2. 「개흉(開胸)수술」이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한, 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
3. 「개복(開腹)수술」이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서, 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 사고로 인하여 뇌·내장손상수술비 지급사유가 두 가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 뇌·내장손상수술비만을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌·내장손상수술비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-20. 골절진단비(치아파절제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표2】 「골절(치아파절제외)분류표」에서 정하는 골절로 진단확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비(치아파절제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절진단비(치아파절제외)를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

③ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 그 원인의 직간접을 묻지 않고 치아파절손해 또는 치아파절이 원인이 되어 발생한 손해는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아파절제외)이 치아파절과 동시에 발생한 경우는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-21. 골절진단비(치아파절포함) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표3】 「골절분류표」에서 정하는 골절로 진단확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비(치아파절포함)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절진단비(치아파절포함)를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-22. 5대골절진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표4】 「5대골절 분류표」에서 정하는 5대골절로 진단확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 5대골절진단비를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-23. 화상진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표5】 「화상분류표」에서 정하는 화상으로 진단확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 "화상"이라 함은 "화상 분류표"에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-24. 골절수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표3】 「골절분류표」에서 정한 골절로 진단확정 되고 그 골절의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 골절수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 골절수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-25. 5대골절수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표4】 「5대골절 분류표」에서 정한 5대골절로 진단확정되고 그 5대골절의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 5대골절수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 5대골절수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-26. 화상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표5】「화상분류표」에서 정하는 화상으로 진단확정되고 그 화상의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 "화상"이라 함은 "화상 분류표"에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 수술시마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-27. 자동차사고부상치료비 | 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로서 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표7】「자동차사고부상등급표」의 상해등급을 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

상해등급	지급기준	지급금액
1급	보험가입금액 1,000만원 기준	1,000만원
2급		500만원
3~4급		300만원
5급		150만원
6급		80만원
7급		40만원
8~11급		20만원
12~14급		10만원

[운전자용]

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

[비운전자용]

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

② 제1항의 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항의 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-28. 자동차사고부상치료비 II 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로서 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표7】 「자동차사고부상등급표」의 상해등급을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

[운전자용]

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

[비운전자용]

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

② 제1항의 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항의 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-29. 상해 응급실내원비(응급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인한 응급환자로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우에는 내원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 응급실내원비(응급)으로 보험수익자에게 지급합니다. 이때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조("응급실"의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "응급실"이라 함은 「응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호」에서 정하는 「응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관)」 또는 「응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)」에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고 된 응급실, 종합병원에 설치된 응급실을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의)】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 의료법 제3조에 따라 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)】

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

제5조("응급환자"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)(응급의료에 관한 시행규칙 제2조(응급환자) 참조)」에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

【응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)】
「응급의료에 관한 법률」(이하 '법'이라 한다) 제2조 제1호에서 '보건복지부령이 정하는 자'란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.
1. 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

【응급증상 및 이에 준하는 증상】
1. 응급증상
   가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
   나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
   다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
   라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
   마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
   바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
   사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
   아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
   자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상
   가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
   나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
   다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
   라. 출혈 : 혈관손상
   마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
   바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
   사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-30. 자동차사고부상(차량단독사고제외)치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 차량단독사고를 제외한 아래에서 정한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로서 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표7】「자동차사고부상등급표」의 상해등급을 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

상해등급	지급기준	지급금액
1급	보험가입금액 1,000만원 기준	1,000만원
2급		500만원
3~4급		300만원
5급		150만원
6급		80만원
7급		40만원
8~11급		20만원
12~14급		10만원

[운전자용]

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

[비운전자용]

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

② 제1항의 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항의 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

④ 제1항의「차량단독사고」라 함은 다음 각 호에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.

1. 운전자가 상대방 없이(상대방을 명확히 확정할 수 없는 경우 포함) 단독으로 발생시킨 자동차사고 : 추락, 전도, 도로 외 이탈, 과속방지턱, 급브레이크, 미접촉 사고 등
2. 주차차량, 물건 및 기타 도로시설물 등과의 충돌, 접촉 등 인적 피해없이 물적 손해만 발생한 자동차사고. 단, 운전자 및 탑승자로 한정된 인적피해를 동반한 경우는 보상하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-31. 중증자동차사고부상치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에서 정한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표7】「자동차사고부상등급표」의 상해등급 중 1급, 2급 또는 3급을 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

상해등급	지급기준	지급금액
1급	보험가입금액 100만원 기준	100만원
2~3급		50만원

[운전자용]

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

[비운전자용]

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

② 제1항의 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항의 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-32. 자동차사고부상치료비(1~11급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로서 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표7】「자동차사고부상등급표」의 상해등급을 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

상해등급	지급기준	지급금액
1급	보험가입금액 500만원 기준	500만원
2급		250만원
3~5급		150만원
6급		40만원
7급		20만원
8~11급		10만원

[운전자용]

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

[비운전자용]

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

② 제1항의 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항의 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별

약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-33. 일반상해수술입원일당(1일이상10일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인해 아래에 모두 해당되는 경우(이하 '수술입원'이라 합니다)로 입원하여 치료받은 경우에는 입원일 부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해수술입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해수술입원일당의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

1. 상해의 직접결과로써 입원하여 치료를 받은 경우
2. 상해의 직접결과로써 제5조("수술"의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 수술이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 수술입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 수술입원 한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

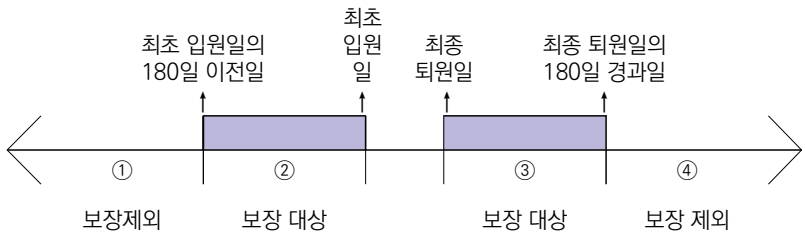
② 피보험자가 보장개시일 이후 수술입원 하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 10일 한도로 일반상해수술입원일당을 계속 지급합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 아래의 기간에 동일한 상해의 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해수술입원일당을 제1항 내지 제3항에 따라 지급합니다.

1. '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'
2. '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 이내

〈보상예시〉
수술이 입원기간 동안 시행되지 않을 경우 보상 기준



① '최초입원일의 180일 이전일' 전 수술시 미보장
② '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'에 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해수술입원일당을 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제3항에 따라 보장
③ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해수술입원일당을 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제3항에 따라 보장
④ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 후 수술시 미보장

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림)등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-34. 일반상해입원일당(1일이상30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 30일 한도로 일반상해입원일당을 계속 지급합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-35. 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해상급종합병원입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해상급종합병원입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 상급종합병원에 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 일반상해상급종합병원입원일당을 계속 지급합니다.

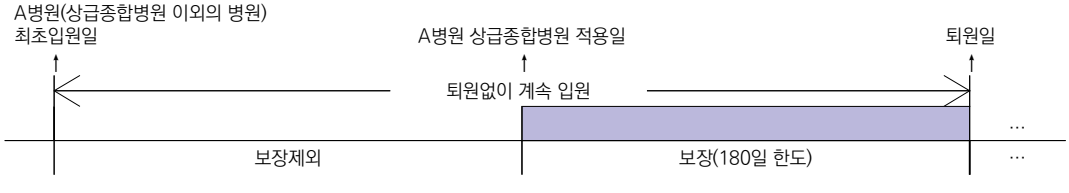
③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 일반상해상급종합병원입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 '상급종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 마지막 입원일까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당을 지급합니다.

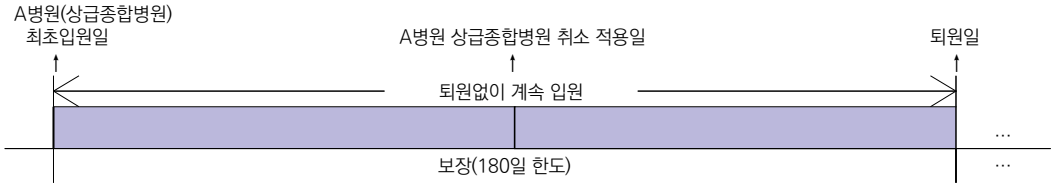
⑥ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



⑦ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉 상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-36. 중대한특정상해수술비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 사고로 중대한 특정상해수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한가지 사유에 의한 중대한특정상해수술비만을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("뇌손상"등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌손상"이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌손상(【별표11】『중대한 특정상해 분류표』 참조)을 입은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "내장손상""이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표11】『중대한 특정상해 분류표』 참조)을 입은 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"로 보지 않습니다.

1. "개두(開頭)수술"이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
2. "개흉(開胸)수술"이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 "개흉수술"에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
3. "개복(開腹)수술"이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수(맹장), 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 "개복수술"에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치

3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한특정상해수술비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-37. 중대한화상및부식진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)(이하 "중대한 화상 및 부식"이라 합니다)으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 중대한화상및부식진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("중대한 화상 및 부식"의 정의 및 진단확정)

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

② "중대한 화상 및 부식"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "중대한 화상 및 부식"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 중대한화상및부식진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-38. 깁스치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 직접결과로써 깁스(Cast)치료를 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 질병 또는 상해로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("깁스(Cast)치료"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "깁스(Cast)치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, "부목(Splint Cast)치료"는 제외합니다.

② 제1항의 "부목(Splint Cast)치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-39. 일반상해종합병원 입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해종합병원입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해종합병원입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 "종합병원"이라 함은 「의료법 제3조의3(종합병원)」에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

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

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 종합병원에 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 일반상해종합병원입원일당을 계속 지급합니다.

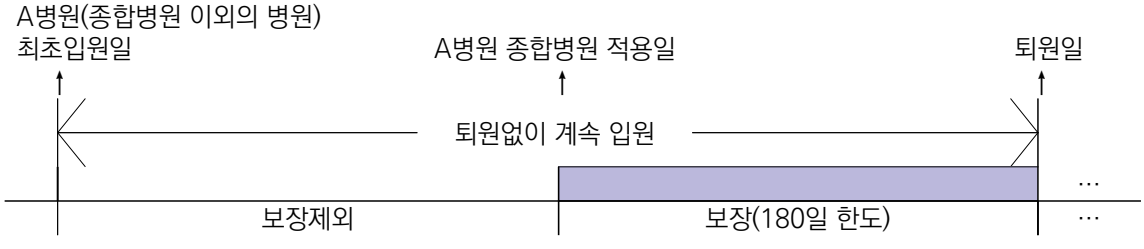
③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 일반상해종합병원입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 '종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해종합병원입원일당을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우에는 종합병원의 마지막 입원일까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해종합병원입원일당을 지급합니다.

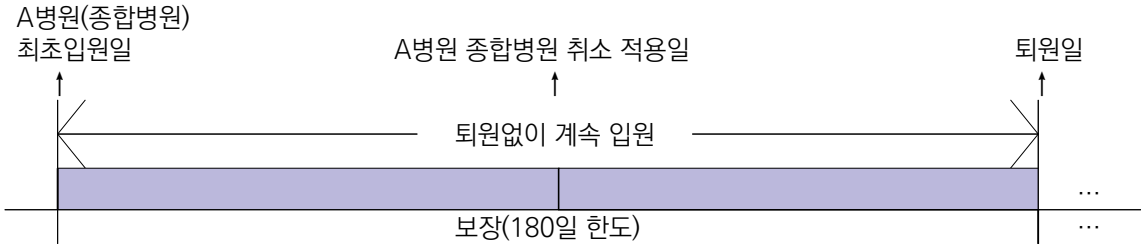
⑥ 피보험자가 '종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해종합병원입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
종합병원 이외의 병원 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우



⑦ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해종합병원입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
종합병원 입원 중에 종합병원 지정이 취소된 경우



⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-40. 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제4조("간호·간병통합서비스"의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 피보험자가 병원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 30일 한도로 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상30일한도)을 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조("간호·간병통합서비스"의 정의)

이 특별약관에서 "간호·간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제2항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
④「공공보건의료에 관한 법률」제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
⑤ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호 · 간병통합서비스의 제공 · 확대, 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.
※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

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

① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관
※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 제4조("간호·간병통합서비스"의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.
5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-41. 척추상해수술비(관혈/비관혈)(연간1회한,동일사고당1회지급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 척추상해 분류표(【별표22】 「척추상해분류표」 참조)에서 정한 척추상해로 진단확정되고, 그 척추상해의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 관혈수술, 비관혈수술을 각각 연간 1회 한도로 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
척추상해수술시 (관혈수술)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%
척추상해수술시 (비관혈수술)	보험계약일로부터 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 50%

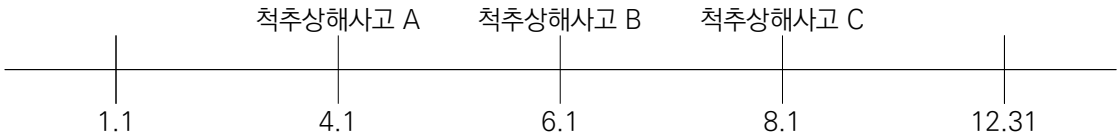
② 제1항에서 "연간" 이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

③ 제1항에서 척추상해수술비는 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 척추상해수술비만 지급합니다.

④ 제3항에서 동일한 상해사고를 직접원인으로 관혈수술과 비관혈수술을 각각 받은 경우에는 관혈수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 비관혈수술비를 먼저 지급한 때에는 관혈수술비에서 이미 지급한 비관혈수술비를 차감하고 지급합니다. 단, 관혈수술이 연간 1회 한도를 초과하는 경우에는 비관혈수술비를 지급하며, 비관혈수술도 연간 1회한도를 초과하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

【보험금 지급 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 1월 1일
· 연간 : 매년 1월 1일부터 12월 31일



- 상해사고 A를 원인으로 관혈수술 4.15일, 비관혈수술 4.30일 시행시
  상해사고 B를 원인으로 관혈수술 6.15일, 비관혈수술 6.30일 시행시
  상해사고 C를 원인으로 관혈수술 8.15일, 비관혈수술 8.30일 시행시
  → A 사고 관혈수술 4.15일 : 지급, 비관혈수술 4.30일 : 부지급
  B 사고 관혈수술 6.15일 : 부지급, 비관혈수술 6.30일 : 지급
  C 사고 관혈수술 8.15일 : 부지급, 비관혈수술 8.30일 : 부지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생하거나 또는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)의 "비관혈수술"은 "내시경수술", "카테터수술", "신의료수술"을 말합니다.

1. "내시경수술"이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, "대뇌내시경", "복강경하수술", "흉강경하수술"은 제외합니다.

2. "카테터수술"이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 "도관을 이용한 약물주입"과 "중심정맥관 삽입술"은 제외합니다.

3. "신의료수술"이라 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 상해의 직접치료를 목적으로 하는 "치료적 방사선 조사"를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 "도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입"과 "중심정맥관 삽입술"은 제외합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)의 "관혈수술"이라 함은 제4항의 "비관혈수술" 이외의 수술 중 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-42. 창상봉합술치료비(안면부, 1일 1회한, 연간3회한) 특별약관

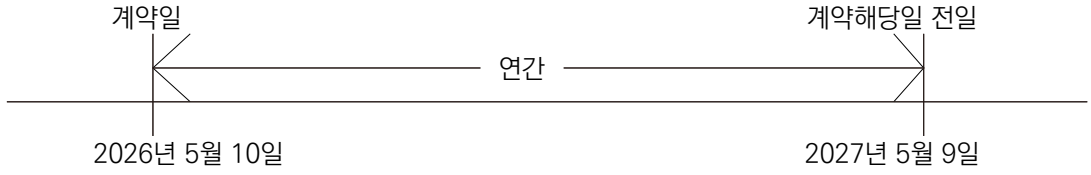
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 그 치료를 목적으로 안면부창상봉합술(3cm이상)(급여)를 받은 경우에는 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 안면부창상봉합술(3cm이상) 치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 "안면부창상봉합술(3cm이상)" 치료비를 연간 3회 한도로 보장합니다.

③ 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 연간 3회의 한도 산정의 기준일자는 사고일로 합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("안면부창상봉합술(3cm이상)(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "안면부창상봉합술(3cm이상)(급여)"이라 함은 상해의 직접결과로써, "안면부창상봉합술(3cm이상)" 치료를 받은 경우를 말합니다. "안면부창상봉합술(3cm이상)"이라 함은 「안면부창상봉합술(3cm이상 또는 근육에 달하는 것)(급여) 대상 수가코드」(【별표23】 안면부창상봉합술(3cm이상 또는 근육에 달하는 것)(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 "안면부창상봉합술(3cm이상)(급여)"의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 안면부창상봉합술(3cm이상)(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "안면부창상봉합술(3cm이상)(급여)"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-43. 창상봉합술치료비(1일 1회한, 연간3회한) 특별약관

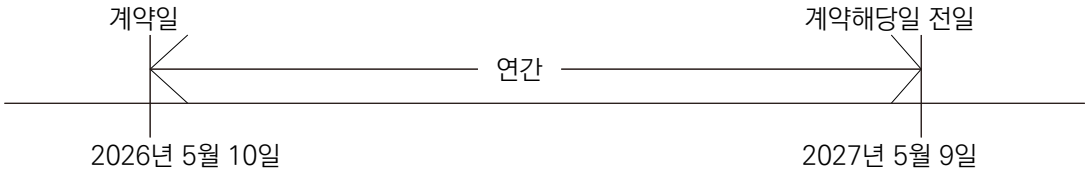
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 그 치료를 목적으로 "창상봉합술(급여)"를 받은 경우 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 창상봉합술 치료비는 연간 3회한도로 보장합니다.

③ 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 연간 3회의 한도 산정의 기준일자는 사고일로 합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("창상봉합술(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "창상봉합술(급여)"이라 함은 상해의 직접결과로써, "창상봉합술(급여)" 치료를 받은 경우를 말합니다. " 창상봉합술(급여)"이라 함은 「창상봉합술(급여) 대상 수가코드」(【별표24】 창상봉합술치료(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 "창상봉합술(급여)"의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 창상봉합술(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "창상봉합술(급여)"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-44. 상해입원·통원수술비(동일사고당1회지급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인하여 보험기간 중 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 상해입원·통원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
상해입원·통원수술비	통원 또는 당일입원하여 수술	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	2일 이상 입원하여 수술	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 당일입원이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해입원·통원수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)・불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)・축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조("통원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하"의사"라 합니다)가 피보험자의

상해의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-45. 추간판탈출증수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 추간판탈출증(【별표25】『추간판탈출증 분류표』참조)으로 진단확정되고 그 추간판장애의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 매 수술시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("수술"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

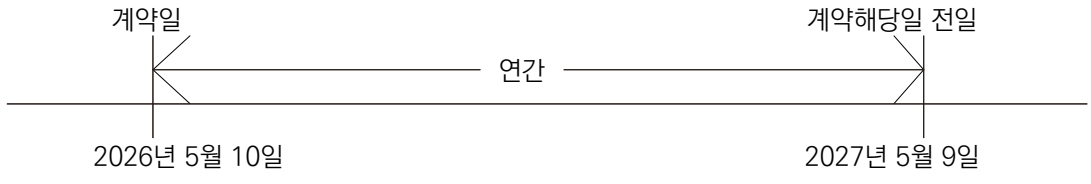
1-46. 추간판탈출증신경차단술치료비(급여,연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 추간판탈출증(【별표25】『추간판탈출증분류표』참조)으로 진단확정되고, 그 치료를 목적으로 추간판탈출증 신경차단술(급여,연간1회한)을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("추간판탈출증 신경차단술(급여)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "추간판탈출증 신경차단술(급여)" 이라 함은 피보험자의 진단확정 된 "추간판탈출증"의 치료를 목적으로 "급여 신경차단술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "급여 신경차단술"이라 함은 「추간판탈출증 신경차단술(급여) 대상 수가코드」(【별표26】『추간판탈출증 신경차단술(급여) 대상 수가코드』참조)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 "급여 신경차단술"의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 추간판탈출증 신경차단술(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "추간판탈출증 신경차단술(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-47. 통합상해진단비 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 통합상해진단비(경증상해)(부위별 연간1회한) 보장
- 통합상해진단비(중등증상해)(부위별 연간1회한) 보장
- 통합상해진단비(중증상해)(부위별 연간1회한) 보장

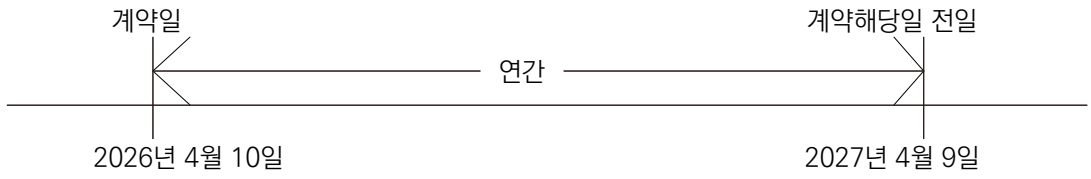
제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표35】『통합상해분류표』에서 정한 통합상해로 진단 확정된 경우 아래와 같이 구분 및 부위별로 각각 연간1회에 한하여 통합상해진단비를 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	부 위	지급금액
경증상해, 중등증상해, 중증상해	머리 및 목	각 부위별 세부보장 보험가입금액의 100%
	몸통	
	어깨 및 위팔	
	아래팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 대퇴	
	아래다리	
	발목 및 발	
	기타	

② 제1항에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

【연간에 대한 예시】



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제5조("통합상해"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "통합상해"라 함은 【별표35】『통합상해분류표』에서 정한 상해를 말합니다.

② 제1항의 "통합상해"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI), 방사선 촬영(X-ray), 기타 정밀검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "통합상해"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의사본제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-48. 특정외상성뇌손상진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 특정외상성뇌손상으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정외상성뇌손상 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("특정외상성뇌손상"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "특정외상성뇌손상"이라 함은 【별표39】『특정외상성뇌손상 분류표』에서 정한 상해를 말합니다.

②제1항의 "특정외상성뇌손상"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사제외)면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정외상성뇌손상 진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-49. 특정외상성뇌출혈진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 특정외상성뇌출혈로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정외상성뇌출혈 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("특정외상성뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "특정외상성뇌출혈"이라 함은 【별표38】『특정외상성뇌출혈 분류표』에서 정한 상해를 말합니다.

②제1항의 "특정외상성뇌출혈"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사제외)면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정 외상성 뇌출혈 진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-50. 특정외상성장기손상진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 특정외상성장기손상으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정외상성장기손상 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("특정외상성장기손상"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "특정외상성장기손상"라 함은 【별표37】『특정외상성장기손상 분류표』에서 정한 상해를 말합니다. 단, 수술을 하지 않은 탈장 및 내부장기의 단순 부종이나 단순 울혈 등은 제외합니다.

② 제1항의 "특정외상성장기손상"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI), 초음파검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정외상성장기손상 진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-51. 외상후스트레스장애진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 외상후스트레스장애로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 외상후스트레스장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

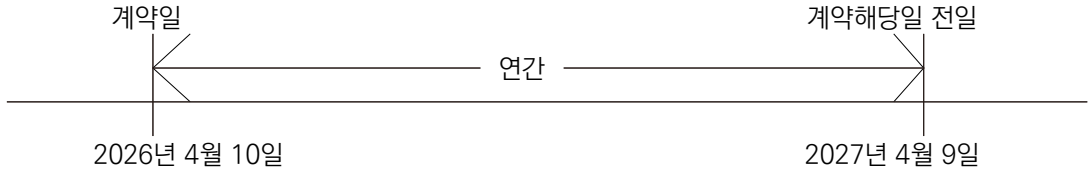
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【연간에 대한 예시】



제3조("외상후스트레스장애"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "외상후스트레스장애"라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표40】『외상후스트레스장애 분류표』에 해당하는 질병을 말합니다.

② "외상후스트레스장애"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 객관적인 이상소견(Sign)또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 "외상후스트레스장애"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 외상후 스트레스장애척도(CAPS)결과지 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-52. 중증화상 산정특례대상 진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인하여 제3조("중증화상 산정특례대상"의 정의)에서 정의한 중증화상 산정특례대상으로 신규 등록 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증화상산정특례대상 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 상해의 진단확정일로 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 "중증화상 산정특례대상"에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 최초 1회에 한하여 지급합니다.

② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당한 방법으로 등록된 것으로 판명된 경우에는 보험금을 지급하지 않으며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

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

④ 중증화상 산정특례대상 재등록은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않습니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

[중증화상 산정특례 재등록]

법령에서 정한 중증화상 산정특례기간(1년) 종료 후 2년이내에 〈중증화상〉의 수술을 받는 경우(V306 제외)에는 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.

제3조("중증화상 산정특례대상"의 정의)

① 이 특별약관에서 "중증화상 산정특례대상"이라 함은 「중증화상 산정특례대상 분류표」(【별표27】『중증화상 산정특례대상 분류표』 참조. 이하 같습니다)에서 정한 중증화상으로 진료를 받아 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증화상 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」 에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]

「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증화상 산정특례 등록신청 절차]

"중증화상산정특례 대상"에 해당하여 의사가 중증화상으로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등

에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 "중증화상 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일등), 진료비세부내역서, 진료비계산서(산정특례 적용 영수증) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 중증화상 산정특례대상 진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-53. 중증외상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한) 특별약관

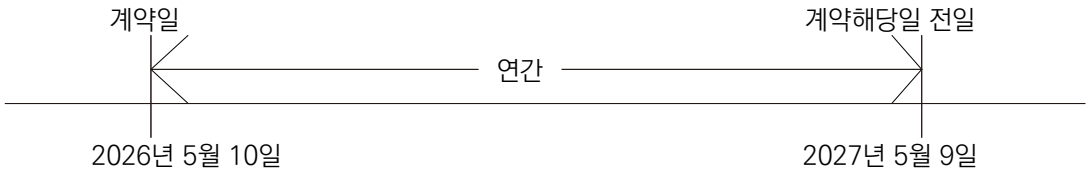
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인하여 제3조(“중증외상 산정특례대상”의 정의)에서 정의한 중증외상 산정특례대상으로 등록되었을 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별 약관의 보험가입금액을 중증외상 산정특례대상 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 연간 1회의 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

③ 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 상해로 권역외상센터에 입원한 입원 첫날을 진단확정일로 적용합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금은 “중증외상 산정특례대상”에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당한 방법으로 등록된 것으로 판명된 경우에는 보험금을 지급하지 않으며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(“중증외상 산정특례대상”의 정의)

① 이 특별약관에서 “중증외상환자 산정특례대상”이라 함은 「중증외상환자 산정특례대상 분류표」(【별표28】 중증외상환자 산정특례대상 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 경우에 해당하여 진료를 받아 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증외상환자 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」 에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]

「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증외상 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]

"중증외상 산정특례대상"에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증외상환자는 손상중증도점수가 측정된 진료기간의 최초 내원일로부터 최대 30일간 산정특례를 적용합니다.

[중증외상환자 산정특례가 적용되는 기관]

보건복지부에서 지정한 권역외상센터에 대하여 중증외상환자 산정특례를 적용합니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 "중증외상 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 책임준비금 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일등), 진료비세부내역서, 진료비계산서(산정특례 적용 영수증) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-54. 일반상해수술비(창상봉합술제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 수술(창상봉합술 제외)을 받은 경우에는 특별약관의 보험가입금액을 일반상해수술비(창상봉합술 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 창상봉합술이라 함은 제4조("창상봉합술"의 정의)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 일반상해수술비(창상봉합술 제외)만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
6. 【별표45】 급여 창상봉합술 대상 수가코드 에 해당하는 창상봉합술

제4조("창상봉합술"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "창상봉합술"이라 함은 「급여 창상봉합술 대상 수가코드」(【별표45】 급여 창상봉합술 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 "창상봉합술"의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 창상봉합술 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에

관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "창상봉합술"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치술(임플란트 포함)
- 기타 이와 유사한 시술 또는 수술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부, 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-55. 상해종합병원수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 종합병원에서 수술(이하 「상해 종합병원 수술」이라 합니다)을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 상해종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 "종합병원"이라 함은 「의료법 제3조의3(종합병원)」에서 정한 종합병원을 말하며 「의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)」에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

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

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 상해 종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 종합병원 수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)

5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 또는 수술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치술(임플란트 포함)
- 기타 이와 유사한 시술 또는 수술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다. 이때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-56. 상해상급종합병원수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 상급종합병원에서 수술(이하 「상해 상급종합병원 수술」이라 합니다)을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 상급종합병원 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 "상급종합병원"이라 함은 「의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)」에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.

【의료법 제3조4 (상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 상해 상급종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 상급종합병원 수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)

5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 또는 수술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치술(임플란트 포함)
- 기타 이와 유사한 시술 또는 수술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다. 이때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-57. 아킬레스힘줄손상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 【별표33】『아킬레스힘줄손상 분류표』에서 정한 아킬레스힘줄손상으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 특별약관의 보험가입금액을 아킬레스힘줄손상 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 아킬레스힘줄손상수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 아킬레스힘줄손상수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치술(임플란트 포함)
- 기타 이와 유사한 시술 또는 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

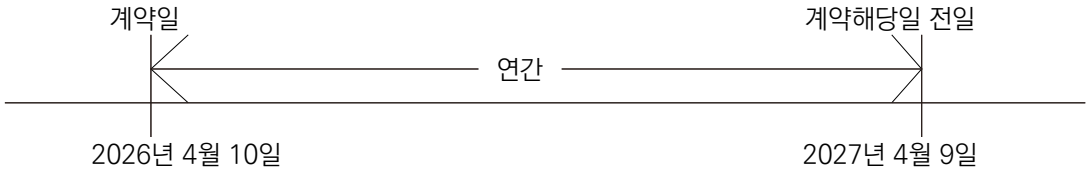
1-58. 골절철심제거수술비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 골절(치아파절제외)분류표(【별표2】『골절(치아파절제외) 분류표』참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 체내에 삽입한 철심을 제거하는 '급여 골절철심제거술'을 받은 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 골절철심제거수술비(연간1회한,급여)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 회사는 그 원인의 직·간접을 묻지 아니하고 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다.)
2. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제4조("급여 골절철심제거술"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "급여 골절철심제거술" 이라 함은 피보험자의 진단확정 된 "골절(치아파절제외)"의 치료를 목적으로 "급여 골절철심제거술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "급여 골절철심제거술"이라 함은 「급여 골절철심제거술 수가코드」(【별표34】『급여 골절철심제거술 수가코드』참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정으로 "급여 골절철심제거술"의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령의 개정으로 제1항에서 정한 "급여 골절철심제거술"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함), 진료기록부, 진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확

인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-59. 관절(무릎및고관절)수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 【별표29】『관절(무릎 및 고관절) 손상 분류표』에서 정한 관절(무릎 및 고관절)손상으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 특별약관의 보험가입금액을 관절(무릎 및 고관절)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 관절(무릎 및 고관절) 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 관절(무릎 및 고관절) 수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치술(임플란트 포함)
- 기타 이와 유사한 시술 또는 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-60. 무릎인대파열및연골손상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 【별표30】 『무릎인대파열및연골손상 분류표』에서 정한 무릎인대파열및연골손상으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 특별약관의 보험가입금액을 무릎인대파열및연골손상 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 무릎인대파열 및 연골손상수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 무릎인대파열 및 연골손상수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치술(임플란트 포함)
- 기타 이와 유사한 시술 또는 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-61. 외상성척추손상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 【별표31】『외상성척추손상 분류표』에서 정한 외상성척추손상으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 특별약관의 보험가입금액을 외상성척추손상 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 외상성척추손상수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 외상성척추손상수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치술(임플란트 포함)
- 기타 이와 유사한 시술 또는 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-62. 상해CT검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 급여 CT검사에 해당하는 의료행위를 받은 경우 연간 1회에 한하여 보험가입금액을 상해CT검사지원비(연간1회한,급여) 로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

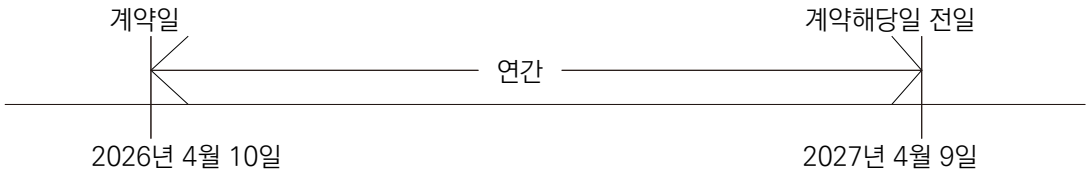
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【연간에 대한 예시】



제3조("상해 급여CT검사"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 급여CT검사"라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	분류번호
일반 전산화단층영상진단	다-245
Cone Beam 전산화단층영상진단	다-245-1

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 상해의 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 개정으로 급여 의료행위 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 상해의 의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 당시 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 급여CT검사"은 「국민건강보험법」에서정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "상해 급여CT검사"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함 등), 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-63. 상해MRI검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 급여 MRI검사에 해당하는 의료행위를 받은 경우 연간 1회에 한하여 보험가입금액을 상해MRI검사지원비(연간1회한, 급여) 로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

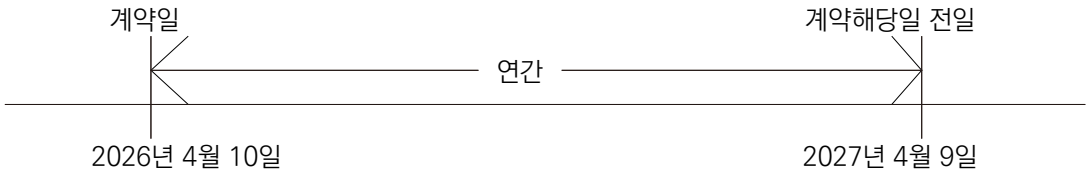
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【연간에 대한 예시】



제3조("상해 급여MRI검사"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 급여MRI검사"라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 상해의 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 개정으로 급여 의료행위 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 상해의 의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 당시 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 급여MRI검사"은 「국민건강보험법」에서정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "상해 급여MRI검사"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함 등), 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-64. 상해재활치료비(급여,1일1회한,연간15회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

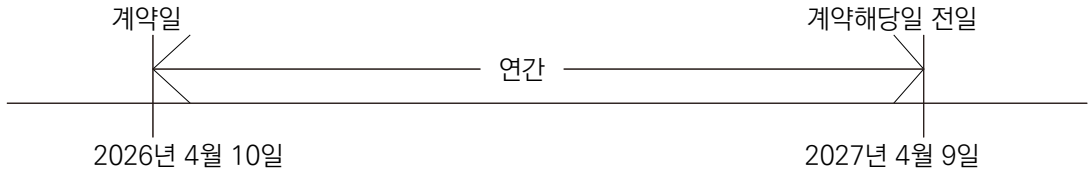
① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원 중에 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 상해재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 상해재활치료(급여)"라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 「입원 상해재활치료(급여)」와 「통원 상해재활치료(급여)」를 합산하여 연간 15회한 한도로 보장합니다.

③ 제2항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("상해재활치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「상해재활치료(급여)」라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 상해 재활치료비(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항의 「상해 재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 상해 진단을 받은 피보험자가 질병으로 제1항의 「상해 재활치료(급여)」를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

제4조("입원" 및 "통원"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념

하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 “상해”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서(“재활치료의 원인” 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-65. 상해재활치료비(급여,1일1회한,연간30회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

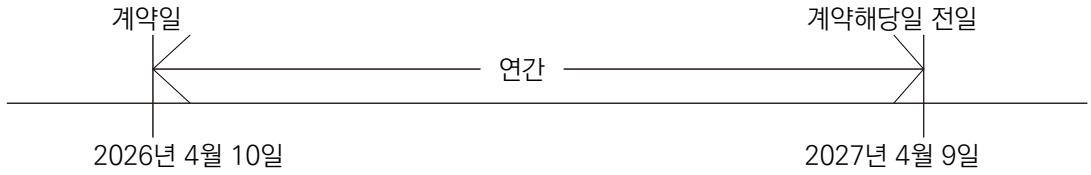
① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원 중에 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 상해재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 상해재활치료(급여)"라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 「입원 상해재활치료(급여)」와 「통원 상해재활치료(급여)」를 합산하여 연간 30회한 한도로 보장합니다.

③ 제2항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("상해재활치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「상해재활치료(급여)」라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 상해 재활치료비(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항의 「상해 재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 상해 진단을 받은 피보험자가 질병으로 제1항의 「상해 재활치료(급여)」를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

제4조("입원" 및 "통원"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념

하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 “상해”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서(“재활치료의 원인” 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-66. 상해재활치료비(급여,1일1회한,연간60회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

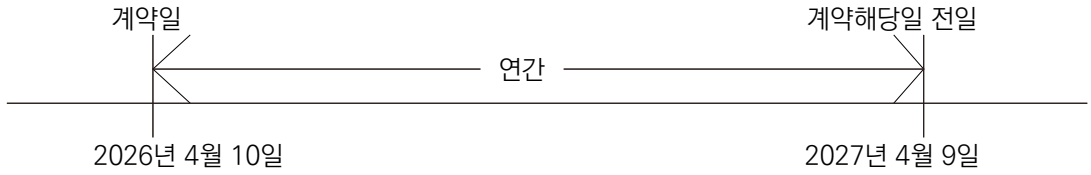
① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원 중에 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 상해재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 상해재활치료(급여)"라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 「입원 상해재활치료(급여)」와 「통원 상해재활치료(급여)」를 합산하여 연간 60회한 한도로 보장합니다.

③ 제2항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("상해재활치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「상해재활치료(급여)」라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 상해 재활치료비(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항의 「상해 재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 상해 진단을 받은 피보험자가 질병으로 제1항의 「상해 재활치료(급여)」를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

제4조("입원" 및 "통원"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념

하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 “상해”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서(“재활치료의 원인” 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-67. 골절(치아파절제외)부목치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절(치아파절제외)분류표(【별표2】『골절(치아파절제외) 분류표』참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 부목치료를 받는 경우에는 1사고 당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절제외)부목치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 골절상태가 발생하여 부목치료를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 부목치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 골절(치아파절제외)부목치료비를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("부목치료"의 정의)

이 특별약관에서 "부목치료"라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 "부목(Splint)치료"가 필요하다고 인정된 경우로서, 골절(치아파절제외) 환자의 근골격계 손상 부위의 움직임을 방지하기 위하여 의사의 관리 하에 근골격계 손상 부위의 일 측면 또는 양 측면을 부목(Splint)으로 고정하면서 지지하는 치료법을 말합니다. 단, 치료 보조 목적으로 사용되는 보조기(Sling, Brace 등)는 "부목(Splint)"에서 제외됩니다.

【유의사항】

'부목(Splint)치료'라 함은 '골절(치아파절 제외)'의 치료를 목적으로 보건복지부가고시하는 「건강보험 행위 급여.비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 해당하는 T6151~T6155의 진료행위가 발생한 경우를 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-68. 상해흉터성형수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 치료를 받고 그 직접결과로서 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우에는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 아래의 금액을 상해흉터성형수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	안면부	상지/하지
상해흉터성형수술비	수술 1㎝당 14만원	수술 1㎝당 7만원 (단, 3cm 이상에 한함)

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 사고발생시점에 만15세 미만일 경우 부득이 사고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 하나의 사고로 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다.

② 상지 또는 하지에 대하여는 3㎝ 이상인 경우에만 보험금을 지급합니다.

③ 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술 ㎝는 최장 직경으로 합니다.

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(“안면부” 등의 정의)

이 특별약관에 있어서 “안면부”, “상지”, “하지”라 함은 다음을 말합니다.

1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. 상지란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 말하며 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

제5조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-69. 일반상해80%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 "장해분류표"(【별표1】『장해분류표』 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

③ "장해분류표"에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 "장해분류표"의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

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

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해80%이상후유장해보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-70. 일반상해50%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 "장해분류표"(【별표1】『장해분류표』 참조. 이하 같습니다)에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해50%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

③ "장해분류표"에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 "장해분류표"의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

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

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

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해50%이상후유장해보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

> **【계약자적립액】**
>
> 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-71. 차대차 자동차사고부상치료비(1~11급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로서 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표44】「차대차 자동차사고부상등급표」의 상해등급을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

상해등급	지급기준	지급금액
1급	보험가입금액 500만원 기준	500만원
2급		250만원
3~4급		150만원
5급		75만원
6급		40만원
7급		20만원
8~11급		10만원

[운전자용]

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차와의 충돌, 접촉 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고 우연한 자동차와의 충돌, 접촉 사고

[비운전자용]

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고 우연한 자동차와의 충돌, 접촉 사고

② 제1항의 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항의 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
   가. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서
   나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
      경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 및 상해등급 판단할 수 있는 서류(진단서 등)

다. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 상해등급을 판단할 수 있는 서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-72. 차대차 자동차사고부상 입원일당(1~11급)(1일이상 30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로서 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표44】「차대차 자동차사고부상등급표」의 상해등급 중 1급에서 11급을 받고 그 치료를 직접적인 목적으로 치료받은 경우 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 차대차 자동차사고부상치료 입원치료일당의 지급일수는 1회 사고당 30일을 한도로 합니다.

[운전자용]

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차와의 충돌, 접촉 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고 우연한 자동차와의 충돌, 접촉 사고

[비운전자용]

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고 우연한 자동차와의 충돌, 접촉 사고

② 제1항의 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항의 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 다른 병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 "1급에서 11급을 받고 그 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 교통사고의 직접결과로서 의사에 의해 진단이 된 상해의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 상해의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 상해를 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 상해의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 30일 한도로 차대차 자동차사고 입원일당을 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 차대차 자동차사고 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
   가. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서
   나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
      경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 및 상해등급 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
   다. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 상해등급을 판단할 수 있는 서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-73. 차대차 자동차사고부상 통원일당(1~11급)(1일이상 30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로서 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표44】「차대차 자동차사고부상등급표」의 상해등급 중 1급에서 11급을 받고 그 치료를 직접적인 목적으로 치료받은 경우 통원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 차대차 자동차사고부상치료 통원치료일당의 지급일수는 1회 사고당 30일을 한도로 합니다.

[운전자용]

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고 우연한 자동차와의 충돌, 접촉 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고 우연한 자동차와의 충돌, 접촉 사고

[비운전자용]

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고 우연한 자동차와의 충돌, 접촉 사고

② 제1항의 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항의 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 통원한 경우에는 이를 계속통원으로 보아 통원일수를 합산합니다. 피보험자가 다른 병원으로 이전하여 통원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 통원한 경우에는 계속하여 통원한 것으로 보아 각 통원일수를 합산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 "1급에서 11급을 받고 그 치료를 직접적인 목적으로 한 통원"이란 교통사고의 직접결과로서 의사에 의해 진단이 된 상해의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 상해의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 상해를 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 상해의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 통원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 30일 한도로 차대차 자동차사고 통원일당을 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 차대차 자동차사고 통원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조("통원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하"의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
   가. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서
   나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
   경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 및 상해등급 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
   다. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 상해등급을 판단할 수 있는 서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-74. 상해통합치료비(고급형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 진단 및 치료의 필요소견을 토대로 「상해통합치료(검사)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해("깁스치료"의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「상해통합치료(주요치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해("중증외상치료(권역외상센터)"의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「상해통합치료(중증치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 「상해통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 「상해통합치료(수술)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

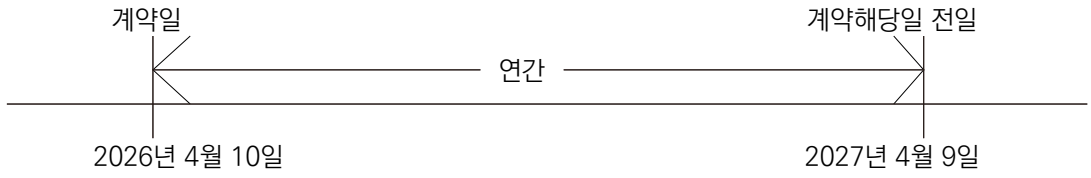
⑥ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 「상해통합치료(재활치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

구 분		지급횟수	지급금액
검사	상해 MRI검사(급여)	연간1회한	10만원
	상해 CT검사(급여)	연간1회한	10만원
	상해 골밀도검사(급여)	연간1회한	5만원
주요치료	상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)	연간1회한	20만원
	상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)	연간1회한	20만원
	상해 특정시술치료(급여)(화상처치)	연간1회한	20만원
	상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)	연간1회한	20만원
	상해 특정시술치료(급여)(기타)	연간1회한	2만원
	창상봉합술(급여)	연간3회한 (1일1회한)	50만원
	깁스치료	1사고당	30만원
	골절(치아파절제외) 부목치료(급여)	1사고당	10만원
	상해특정마취치료(정맥,급여)	연간3회한	30만원
	상해특정수혈치료(전혈및성분제제)	연간3회한	30만원
	상해특정수혈치료(혈액성분채집술)	연간3회한	30만원
	특정상해흉터성형수술	1사고당 500만원한도	안면부: 1cm당 14만원 상·하지: 1cm당 7만원(3cm이상 한정)
	상해응급실내원비(응급환자한정)	내원1회당	3만원
	상해고압산소치료(급여)	1치료당 (1일1회한)	10만원
중증치료	상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)	연간1회한	300만원
	상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)	연간1회한	200만원
	상해 치료적저체온요법치료(급여)	연간1회한	100만원
	상해 부분체외순환치료(급여)	연간1회한	2,000만원
	상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)	연간1회한	500만원
	상해 종합병원중환자실치료	연간1회한	1,000만원
	중증외상치료(권역외상센터)	1사고당	1,000만원
1-5종 수술Ⅲ	상해 1종 수술	수술1회당	20만원
	상해 2종 수술	수술1회당	50만원
	상해 3종 수술	수술1회당	300만원
	상해 4종 수술	수술1회당	1,000만원
	상해 5종 수술	수술1회당	2,000만원
수술	상해 종합병원 수술	동일사고1회당	20만원
	상해 상급종합병원 수술	동일사고1회당	200만원
	상해골절철심제거술(급여)	연간1회한	50만원

구 분		지급횟수	지급금액
재활치료	입원상해재활치료(급여)	연간 15회한 (각각 일1회한)	2만원
	통원상해재활치료(급여)		

⑦ 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 MRI검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 MRI검사(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 CT검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 CT검사(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 골밀도검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 골밀도검사(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(화상처치)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(화상처치)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑧ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(기타)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(기타)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑨ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “창상봉합술(급여)”을 받은 경우에도 통합치료항목 중 창상봉합술(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1일 1회에 한하여 연간 3회한도로 보장합니다.

⑩ 피보험자가 동일한 질병 또는 상해로 인하여 “깁스치료”를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 사고당 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

⑪ 동일한 상해를 직접적인 원인으로 골절(치아파절제외)상태가 발생하여 “골절(치아파절제외) 부목치료(급여)”를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 “골절(치아파절제외) 부목치료(급여)”를 받은 경우에는 사고당 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

⑫ “상해특정마취치료(정맥,급여)”는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 마취 의료행위 1회당 보험금을 지급하며, 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다.

⑬ “상해특정수혈치료(전혈 및 성분제제)”는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 전혈, 혈액성분제제 중 성분제제에 의한 수혈시(전혈기준 합산 400ml 당 1회) 보험금을 지급하며, 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다. 단, 수혈의 의료행위 횟수가 소수로 나올 경우, 정수단위로 올림(예: 1.3회 →2회로 산정)하여 상기 보험금 지급기준을 적용합니다.

⑭ “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 혈액성분제제 중 혈액성분채집술에 의한 수혈시(합산 250ml 당 1회) 보험금을 지급하며, 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다. 단, 수혈의 의료행위 횟수가 소수로 나올 경우, 정수단위로 올림(예: 1.3회 →2회로 산정)하여 상기 보험금 지급기준을 적용합니다.

【보험금 지급 예시】

상해로 마취, 수혈을 받은 경우(보험가입금액 30만원 가입 기준)

구분	치료항목	지급보험금
사례1	전신마취(L0101)와 척추마취(L1213)를 각각 1회 받은 경우	60만원 = 마취 의료행위 2회 × 30만원
사례2	세척적혈구(X2031, X2032) 2pack(320ml 1pack, 400ml 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(전혈 및 분획제제) 2회* × 30만원 * 2회 ((320ml+400ml) / 400ml = 1.8)
사례3	성분채집 백혈구(X2502) 4pack(각 250ml 4pack)을 수혈 받은 경우	90만원 = 수혈(혈액성분채집술) 3회* × 30만원 * 3회 (보험년도 기준 지급횟수 한도 적용)
사례4	성분채집 혈장(X2504) 1pack(500ml 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(혈액성분채집술) 2회* × 30만원 * 2회 (500ml * 1 / 250ml = 2)
사례5	사례3의 피보험자가 동일한 보험년도에 성분채집혈장(X2504) 1pack(500ml)을 한 번 더 수혈 받은 경우	미지급* * 보험년도 기준 연간 3회 한도초과

⑮ 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인한 응급환자로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우에는 내원 1회당 상해통합치료비를 지급합니다. 이때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

⑯ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 치료를 직접적인 목적으로 “상해고압산소치료(급여)”에 해당하는 의료행위를 받은 경우 1일1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

⑰ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑱ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)에 한하여 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑲ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 치료적저체온요법치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 치료적저체온요법치료(급여)에 한하여 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑳ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 부분체외순환치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 부분체외순환치료(급여)에 한하여 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉑ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)에 한하여 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉒ 제21항의 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 마취시간은 전신마취치료(급여) 1회의 마취시간을 기준으로 보상하며, 2회 이상의 “전신마취치료(급여)”를 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

㉓ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 종합병원중환자실치료”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 종합병원중환자실치료에 한하여 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉔ “중증외상치료(권역외상센터)”의 경우 권역외상센터 도착 전 사망한 경우는 보상하지 않습니다.

㉕ “중증외상치료(권역외상센터)”의 경우 동일한 사고를 직접적인 원인으로 중증외상치료(권역외상센터)의 치료를 2회 이상 받은 경우에는 1사고당 1회에 한하여 보장합니다.

㉖ “상해통합치료(1-5종수술)Ⅲ”의 경우 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

㉗ 제26항에서 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.

㉘ “상해 종합병원 수술”의 경우 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해에 대한 수술로 두 종류 이상의 상해 종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 종합병원 수술비만 지급합니다.

㉙ “상해 상급종합병원 수술”의 경우 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해에 대한 수술로 두 종류 이

상의 상해 상급종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 상급종합병원 수술비만 지급합니다.

㉚ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해골절철심제거술(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해골절철심제거술(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉛ 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원 중에 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 상해재활치료(급여)"라 합니다)

2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 상해재활치료(급여)"라 합니다)

㉜ 제31항에도 불구하고 “입원상해재활치료(급여)”와 “통원상해재활치료(급여)”를 합산하여 연간 15회한 한도로 보장합니다.

㉝ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 【별표48】『마취의료행위 분류표』 또는 【별표49】『수혈의료행위 분류표』의 의료행위는 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 마취 또는 수혈
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   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
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
8. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
9. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우

③ 제1항 이외에도 회사는 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진정내시경 환자관리료 I~IV(“의료행위”코드 EA001~EA004)에 해당하는 의료행위에 대해서는 “상해특정마

취치료(정맥,급여)” 로 인한 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항 이외에도 회사는 다음에 해당하는 의료행위에 대해서는 “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)” 로 인한 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 진정내시경 환자관리료 I~IV(“의료행위”코드 EA001~EA004)에 해당하는 의료행위
2. 조혈모세포의 주입(“의료행위”코드 X5131~X5137)
3. 동종 공여자 림프구 주입(“의료행위”코드 X5051)
4. 자가수혈

제4조(“상해통합치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해통합치료”라 함은 제2항의 「상해통합치료(검사)」, 제3항의 「상해통합치료(주요치료)」, 제4항의 「상해통합치료(중증치료)」, 제5항의 「상해 통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」, 제6항의 「상해통합치료(수술)」 및 제7항의 「상해통합치료(재활치료)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「상해통합치료(검사)」라 함은 상해의 직접결과로써 진단 및 치료의 필요소견을 토대로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
검사	상해 MRI검사(급여)
	상해 CT검사(급여)
	상해 골밀도검사(급여)

1. 제5조(“상해 MRI검사(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 MRI검사(급여)”를 받은 경우
2. 제6조(“상해 CT검사(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 CT검사(급여)”를 받은 경우
3. 제7조(“상해 골밀도검사(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 골밀도검사(급여)”를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「상해통합치료(주요치료)」라 함은 상해(“깁스치료”의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
주요치료	상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)
	상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)
	상해 특정시술치료(급여)(화상처치)
	상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)
	상해 특정시술치료(급여)(기타)
	창상봉합술(급여)
	깁스치료
	골절(치아파절제외) 부목치료(급여)
	상해특정마취치료(정맥,급여)
	상해특정수혈치료(전혈및성분제제)
	상해특정수혈치료(혈액성분채집술)
	특정상해흉터성형수술
	상해응급실내원비(응급환자한정)
	상해고압산소치료(급여)

1. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)”를 받은 경우
2. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)”를 받은 경우
3. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(화상처치)”를 받은 경우
4. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)”를 받은 경우
5. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(기타)”를 받은 경우
6. 제9조(“창상봉합술(급여)”의 정의)에서 정한 “창상봉합술(급여)”을 받은 경우
7. 제10조(“깁스치료”의 정의)에서 정한 “깁스치료”를 받은 경우
8. 골절(치아파절제외)분류표(【별표2】『골절(치아파절제외) 분류표』참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제11조(“부목치료(급여)”의 정의)에서 정한 “부목치료(급여)”를 받은 경우
9. 제12조(“상해특정마취치료(정맥,급여)”, “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”의 정의 및 장소)”의 정의 및 장소)에서 정한 “상해특정마취치료(정맥,급여)”를 받은 경우
10. 제12조(“상해특정마취치료(정맥,급여)”, “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집

술)”의 정의 및 장소)에서 정한 “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”를 받은 경우

11. 제12조(“상해특정마취치료(정맥,급여)”, “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”의 정의 및 장소)에서 정한 “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”를 받은 경우
12. 제13조(“특정상해흉터성형수술”의 정의)에서 정한 “특정상해흉터성형수술”을 받은 경우
13. 제15조(“응급환자”의 정의)에서 정의한 “응급환자”로 제14조(“응급실”의 정의와 장소)에서 정한 “응급실”에 내원하여 진료를 받은 경우
14. 제16조(“상해고압산소치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해고압산소치료(급여)”를 받은 경우

④ 이 특별약관에서 「상해통합치료(중증치료)」라 함은 상해(“중증외상치료(권역외상센터)”의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
중증치료	상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)
	상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)
	상해 치료적저체온요법치료(급여)
	상해 부분체외순환치료(급여)
	상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)
	상해 종합병원중환자실치료
	중증외상치료(권역외상센터)

1. 제17조(“상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”을 받은 경우
2. 제18조(“상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우
3. 제19조(“상해 치료적저체온요법치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 치료적저체온요법치료(급여)”를 받은 경우
4. 제20조(“상해 부분체외순환치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 부분체외순환치료(급여)”를 받은 경우
5. 제21조(“상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 정의)에서 정한 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”를 받은 경우
6. 제22조(“상해 종합병원중환자실치료”의 정의)에서 정한 “상해 종합병원중환자실치료”를 받은 경우
7. 제23조(“권역외상센터”의 정의)에서 정한 “권역외상센터”의 외상센터(외상소생구역) 또는 응급의료센터(응급실)를 통하여 내원하여 제24조(“중증외상환자”의 정의)에서 정의한 중증외상환자로 분류되어 치료를 받은 경우

⑤ 이 특별약관에서 「상해통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「1~5종수술Ⅲ 분류표」(【별표53】 1~5종수술Ⅲ 분류표 참조)에서 정한 “수술”을 받은 경우를 말합니다.

구 분	
1-5종 수술Ⅲ	상해 1종 수술
	상해 2종 수술
	상해 3종 수술
	상해 4종 수술
	상해 5종 수술

⑥ 이 특별약관에서 「상해통합치료(수술)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
수술	상해 종합병원 수술
	상해 상급종합병원 수술
	상해골절철심제거술(급여)

1. 종합병원에서 제25조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 “수술”을 받은 경우
2. 상급종합병원에서 제25조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 “수술”을 받은 경우
3. 골절(치아파절제외)분류표(【별표2】『골절(치아파절제외) 분류표』참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 제28조(“상해골절철심제거술(급여)”의 정의)에서 정한 “급여 골절철심제거술”을 받는 경우

⑦ 이 특별약관에서 「상해통합치료(재활치료)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 입원 또는 통원하여 제29조(“상해재활치료(급여)”의 정의)에서 정한 “재활치료”를 받는 경우

구 분	
재활치료	입원 상해재활치료(급여)
	통원 상해재활치료(급여)

제5조(“상해 MRI검사(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 MRI검사(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 MRI검사(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 MRI검사(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 MRI검사(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 MRI검사(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조(“상해 CT검사(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 CT검사(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위	분류번호
일반 전산화단층영상진단	다-245
Cone Beam 전산화단층영상진단	다-245-1

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 CT검사(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 CT검사(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 CT검사(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 CT검사(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제7조(“상해 골밀도검사(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 골밀도검사(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 「급여 골밀도검사 대상 수가코드」(【별표 46】 『골밀도검사(급여) 대상 수가코드』 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 골밀도검사(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 골밀도검사(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 골밀도검사(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 골밀도검사(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 특정시술치료(급여)”라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 “상해통합치료(주요치료)”의 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농), 상해 특정시술치료(급여)(신경차단술), 상해 특정시술치료(급여)(화상처치), 상해 특정시술치료(급여)(도수정복술), 상해 특정시술치료(급여)(기타)(【별표47】 『상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드』 참조)를 총칭합니다.

② 제1항의 “상해 특정시술치료(급여)”라 함은 의사가 피보험자의 상해의 직접결과로써 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 「상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드」(【별표47】 『상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드』 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 특정시술치료(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 특정시술치료(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 “상해 특정시술치료(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 특정시술치료(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제9조(“창상봉합술(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “창상봉합술(급여)”이라 함은 상해의 직접결과로써, “창상봉합술(급여)” 치료를 받은 경우를 말합니다. “ 창상봉합술(급여)”이라 함은 「창상봉합술(급여) 대상 수가코드」(【별표24】 창상봉합술치료(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 “창상봉합술(급여)”의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 창상봉합술(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “창상봉합술(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제10조(“깁스치료”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “깁스치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, “부목(Splint Cast)치료”는 제외합니다.

② 제1항의 “부목(Splint Cast)치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제11조(“부목치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “부목치료(급여)”라 함은 의사가 피보험자의 상해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

대상항목	수가코드
부목-장상지 [상완으로부터 수부까지]	T6151
부목-단상지 [전완으로부터 수부까지]	T6152
부목-장하지 [대퇴로부터 족부까지]	T6153
부목-단하지 [하퇴로부터 족부까지]	T6154
부목-수지부	T6155

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "부목치료(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "부목치료(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 이 특별약관에서 "부목치료"라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 골절(치아파절제외)로 인한 "부목(Splint)치료"가 필요하다고 인정된 경우로서, 골절(치아파절제외) 환자의 근골격계 손상 부위의 움직임을 방지하기 위하여 의사의 관리 하에 근골격계 손상 부위의 일 측면 또는 양 측면을 부목(Splint)으로 고정하면서 지지하는 치료법을 말합니다. 단, 치료 보조 목적으로 사용되는 보조기(Sling, Brace 등)는 "부목(Splint)"에서 제외됩니다.

제12조("상해특정마취치료(정맥,급여)", "상해특정수혈치료(전혈및성분제제)", "상해특정수혈치료(혈액성분채집술)"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "상해특정마취치료(정맥,급여)"라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라고 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 약물 등을 사용하여 전신 또는 특정 부위를 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키는 의료행위(【별표48】 『마취의료행위 분류표』 참조)를 말합니다. 단, 치과마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "상해특정수혈치료"라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 "상해통합치료(주요치료)"의 통합치료항목 중 "상해특정수혈치료(전혈및성분제제)", "상해특정수혈치료(혈액성분채집술)"(【별표49】 『수혈의료행위 분류표』 참조)를 총칭합니다.

③ 제2항의 "상해특정수혈치료"라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 상해의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 환자에게 부족한 혈액의 혈구성분과 혈장성분을 타인으로부터 공급받아 보충해주는 의료행위(【별표49】 『수혈의료행위 분류표』 참조)를 하는 것을 말합니다.

④ 제1항의 "상해특정마취치료(정맥,급여)" 및 제2항의 "상해특정수혈치료"은 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 "요양급여"라 합니다) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하 "의료급여"라 합니다)의 절차를 거쳐 마취항목 또는 수혈항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다. 제1항의 "상해특정마취치료(정맥,급여)" 및 제2항의 "상해특정수혈치료"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다. 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 계약 체결시점의 의료행위(【별표48】 『마취의료행위 분류표』 및 【별표49】 『수혈의료행위 분류표』 참조)에 준하여 "마취 보장 코드" 및 "수혈 보장 코드"를 결정합니다.

제13조("특정상해흉터성형수술"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "특정상해흉터성형수술"이라 함은 보험기간 중에 상해로 치료를 받고 그 직접결과로서 상해흉터성형수술을 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 "특정상해흉터성형수술"이라 함은 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우를 말합니다. 다만, 피보험자가 사고발생시점에 만15세 미만일 경우 부득이 사고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.

구분	안면부	상지/하지
지급액	수술 1㎝당 14만원	수술 1㎝당 7만원 (단, 3cm 이상에 한함)

단, 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술 cm는 최장 직경으로 합니다.

③ 제1항 내지 제2항에서 정한 상해흉터성형수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 보험금을 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다.

④ "안면부", "상지", "하지"라 함은 다음을 말합니다.

1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. 상지란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 말하며 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

⑤ 상지 또는 하지에 대하여는 3㎝ 이상인 경우에만 보험금을 지급합니다.

제14조("응급실"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "응급실"이란 「응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호」에서 정하는 「응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관)」 또는 「응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)」에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고 된 응급실, 종합병원에 설치된 응급실을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의)】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 의료법 제3조에 따라 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)】

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

제15조("응급환자"의 정의)

이 특별약관에서 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)(응급의료에 관한 시행규칙 제2조(응급환자) 참조)」에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

【응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)】

「응급의료에 관한 법률」(이하 '법'이라 한다) 제2조 제1호에서 '보건복지부령이 정하는 자'란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

【응급증상 및 이에 준하는 증상】

1. 응급증상
   - 가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
   - 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
   - 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
   - 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
   - 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
   - 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
   - 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
   - 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
   - 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상
   - 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
   - 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
   - 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
   - 라. 출혈 : 혈관손상
   - 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
   - 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
   - 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

제16조(“상해고압산소치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해고압산소치료(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 급여 고압산소 의료행위 대상 수가코드(【별표50】『고압산소 의료행위 분류표』참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해고압산소치료(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해고압산소치료(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제17조(“상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 지속적신대체요법(CRRT)(급여) 분류표(【별표51】 지속적신대체요법(CRRT)(급여)대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제18조(“상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)”라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서 상 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여) 분류표(【별표52】 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)” 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)” 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제19조(“상해 치료적저체온요법치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 치료적저체온요법치료(급여)”라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 치료적저체온요법치료(급여) 분류표(【별표54】 치료적저체온요법치료(급여)대상 수가코드참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는

의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 치료적저체온요법치료(급여) 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료적저체온요법치료(급여) 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 치료적저체온요법치료(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제20조("상해 부분체외순환치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 부분체외순환치료(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 부분체외순환치료(급여) 분류표(【별표55】 부분체외순환치료(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "부분체외순환치료(급여)" 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "부분체외순환치료(급여)" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 부분체외순환치료(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제21조("상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)"라 함은 상해의 직접적인 치료를 목적으로 제26조("종합병원"의 정의)에서 정한 "종합병원"에서 "전신마취치료(급여)"를 6시간 이상 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 "전신마취치료(급여)"라 함은 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 진료비세부내역서상 전신마취 의료행위 분류표(【별표56】 전신마취 의료행위 분류표 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

③ 제2항의 「전신마취치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)" 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는"상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【보험금 지급 예시】

[사례1]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 20회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 20회 = 360분 → 지급

[사례2]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 15회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 285분 → 지급하지 않음

[사례2]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 10회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 210분 → 지급하지 않음

주1) 마취유지 : 1시간을 이상하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할때마다 산정

제22조("상해 종합병원중환자실치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 종합병원 중환자실치료"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 보험기간 중에 상해로 제26조("종합병원"의 정의)에서 정한 "종합병원"에서의 "중환자실"에 입원하여 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 별표4 에서 정한 중환자실을 말합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

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

제23조("권역외상센터"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "권역외상센터"라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제30조의 2(권역외상센터의 지정)에 근거하여 선정된 의료기관을 말합니다.

【응급의료에 관한 법률 제30조의 2(권역외상센터의 지정)】

① 보건복지부장관은 외상환자의 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 권역응급의료센터, 전문응급의료센터 및 지역응급의료센터 중 권역외상센터를 지정할 수 있다.
1. 외상환자의 진료
2. 외상의료에 관한 연구 및 외상의료표준의 개발

3. 외상의료를 제공하는 의료인의 교육훈련
4. 대형 재해 등의 발생 시 응급의료 지원
5. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 외상의료 관련 업무

② 권역외상센터는 외상환자에 대한 효과적인 응급의료 제공을 위하여 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. 이 경우 각 호에 따른 구체적인 요건은 보건복지부령으로 정한다.
1. 외상환자 전용 중환자 병상 및 일반 병상
2. 외상환자 전용 수술실 및 치료실
3. 외상환자 전담 전문의
4. 외상환자 전용 영상진단장비 및 치료장비
5. 그 밖에 외상환자 진료에 필요한 인력 · 시설 · 장비

③ 그 밖에 권역외상센터 지정의 기준 · 방법 및 절차 등에 관한 구체적인 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제24조("중증외상환자"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "중증외상환자"라 함은 제23조("권역외상센터"의 정의) 정한 권역외상센터의 외상센터(외상소생구역) 또는 응급의료센터(응급실)를 통하여 내원한 외상환자 중 보건복지부 장관이 정하는 「권역외상센터 운영지침」에 따른 최종 손상중증도 점수(ISS)가 15점 초과인 환자를 말합니다.

【손상중증도점수(Injury Severity Score, ISS)】

신체를 6개의 부위(두경부, 안면부, 흉부, 복부, 사지, 신체표면)로 나누어서각 신체 부위의 손상별 중증도를 Abbreviate Injury Scale(AIS)로 점수화하고, 6개 부위 중 중증도가 심한 상위 3개 부위의 AIS점수의 제곱 합

【Abbreviate Injury Scale(AIS)】

외상환자의 중증도 평가도구로서, 신체를 6개 부위로 나누어 손상정도를 최소 1점(경증)에서 최대 6점(중증)까지 수치화한 점수

제25조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제26조("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 「의료법 제3조의3(종합병원)」에서 정한 종합병원을 말하며 「의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)」에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

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

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제27조("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 「의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)」에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.

【의료법 제3조4 (상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

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

제28조("상해골절철심제거술(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "상해골절철심제거술(급여)" 이라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 골절(치아파절제외)분류표(【별표2】『골절(치아파절제외) 분류표 』참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 "급여 골절철심제거술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "급여 골절철심제거술"이라 함은 「급여 골절철심제거술 수가코드」(【별표34】『급여 골절철심제거술 수가코드』참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해골절철심제거술(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "상해골절철심제거술(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해골절철심제거술(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "상해골절철심제거술(급여)"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제29조("상해재활치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "상해재활치료(급여)"라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 「의료법」 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강

보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해재활치료비(급여)" 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항의 "상해재활치료(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제31항에도 불구하고 상해 진단을 받은 피보험자가 질병으로 제1항의 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

제30조("입원" 및 "통원"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우】

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제31조(법령 개정에 따른 특약 내용의 변경)

① 제23조("권역외상센터"의 정의)의 "권역외상센터" 지정기준이 「의료법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 권역외상센터 내원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 "권역외상센터"제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "권역외상센터"제도의 변경으로 제23조("권역외상센터"의 정의)의 권역외상센터 판정이 불가능한 경우
3. 보건복지부장관이 정하는 권역외상센터 운영지침에 따라 "중증외상환자"의 분류가 폐지되는 경우
4. 제1호 내지 제3호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부장관이 정하는 권역외상센터 운영지침 개정에 따라 손상중증도 점수(ISS) 산정 방식 또는 "중증외상환자"의 기준이 변경되는 경우에는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류

되어 치료를 받은 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “권역외상센터”에 내원하여 “중증외상환자”로 분류되어 치료를 받은 당시 권역외상센터 운영지침에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 권역외상센터 운영지침 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “권역외상센터”에 내원하여 “중증외상환자”로 분류되어 치료를 받은 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제32조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서(재활치료의 경우 “재활치료의 원인” 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(전신마취치료의 경우 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등 포함), 각 통합치료 항목별 목적이 기재된 의사소견서, 중증외상치료(권역외상센터)의 경우 손상중증도 점수(ISS)등을 확인할 수 있는 의무기록지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제33조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제34조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-75. 상해통합치료비(표준형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 진단 및 치료의 필요소견을 토대로 「상해통합치료(검사)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해("깁스치료"의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「상해통합치료(주요치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해("중증외상치료(권역외상센터)"의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「상해통합치료(중증치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 「상해통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 「상해통합치료(수술)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

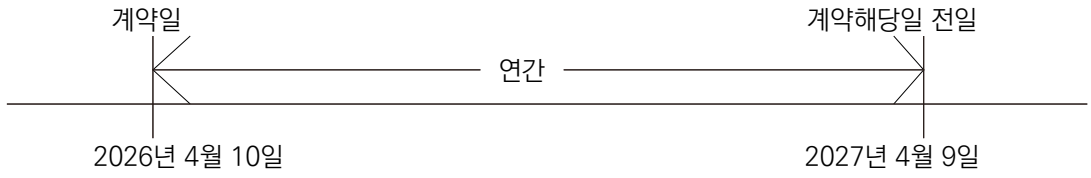
⑥ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 「상해통합치료(재활치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

구 분		지급횟수	지급금액
검사	상해 MRI검사(급여)	연간1회한	5만원
	상해 CT검사(급여)	연간1회한	5만원
	상해 골밀도검사(급여)	연간1회한	3만원
주요치료	상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)	연간1회한	10만원
	상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)	연간1회한	10만원
	상해 특정시술치료(급여)(화상처치)	연간1회한	10만원
	상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)	연간1회한	10만원
	상해 특정시술치료(급여)(기타)	연간1회한	2만원
	창상봉합술(급여)	연간3회한 (1일1회한)	30만원
	깁스치료	1사고당	20만원
	골절(치아파절제외) 부목치료(급여)	1사고당	5만원
	상해특정마취치료(정맥,급여)	연간3회한	20만원
	상해특정수혈치료(전혈및성분제제)	연간3회한	20만원
	상해특정수혈치료(혈액성분채집술)	연간3회한	20만원
	특정상해흉터성형수술	1사고당 500만원한도	안면부: 1cm당 14만원 상·하지:1cm당7만원(3cm이상한정)
	상해응급실내원비(응급환자한정)	내원1회당	3만원
	상해고압산소치료(급여)	1치료당 (1일1회한)	10만원
중증치료	상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)	연간1회한	200만원
	상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)	연간1회한	150만원
	상해 치료적저체온요법치료(급여)	연간1회한	100만원
	상해 부분체외순환치료(급여)	연간1회한	1,000만원
	상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)	연간1회한	400만원
	상해 종합병원중환자실치료	연간1회한	500만원
	중증외상치료(권역외상센터)	1사고당	500만원
1-5종 수술Ⅲ	상해 1종 수술	수술1회당	10만원
	상해 2종 수술	수술1회당	20만원
	상해 3종 수술	수술1회당	100만원
	상해 4종 수술	수술1회당	300만원
	상해 5종 수술	수술1회당	600만원
수술	상해 종합병원 수술	동일사고1회당	20만원
	상해 상급종합병원 수술	동일사고1회당	100만원
	상해골절철심제거술(급여)	연간1회한	30만원

구 분		지급횟수	지급금액
재활치료	입원상해재활치료(급여)	연간 15회한 (각각 일1회한)	1만원
	통원상해재활치료(급여)		

⑦ 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 MRI검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 MRI검사(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 CT검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 CT검사(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 골밀도검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 골밀도검사(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(화상처치)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(화상처치)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑧ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(기타)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(기타)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑨ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “창상봉합술(급여)”을 받은 경우에도 통합치료항목 중 창상봉합술(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1일 1회에 한하여 연간 3회한도로 보장합니다.

⑩ 피보험자가 동일한 질병 또는 상해로 인하여 “깁스치료”를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 사고당 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

⑪ 동일한 상해를 직접적인 원인으로 골절(치아파절제외)상태가 발생하여 “골절(치아파절제외) 부목치료(급여)”를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 “골절(치아파절제외) 부목치료(급여)”를 받은 경우에는 사고당 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

⑫ “상해특정마취치료(정맥,급여)”는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 마취 의료행위 1회당 보험금을 지급하며, 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다.

⑬ “상해특정수혈치료(전혈 및 성분제제)”는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 전혈, 혈액성분제제 중 성분제제에 의한 수혈시(전혈기준 합산 400ml 당 1회) 보험금을 지급하며, 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다. 단, 수혈의 의료행위 횟수가 소수로 나올 경우, 정수단위로 올림(예: 1.3회 →2회로 산정)하여 상기 보험금 지급기준을 적용합니다.

⑭ “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 혈액성분제제 중 혈액성분채집술에 의한 수혈시(합산 250ml 당 1회) 보험금을 지급하며, 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다. 단, 수혈의 의료행위 횟수가 소수로 나올 경우, 정수단위로 올림(예: 1.3회 →2회로 산정)하여 상기 보험금 지급기준을 적용합니다.

【보험금 지급 예시】

상해로 마취, 수혈을 받은 경우(보험가입금액 30만원 가입 기준)

구분	치료항목	지급보험금
사례1	전신마취(L0101)와 척추마취(L1213)를 각각 1회 받은 경우	60만원 = 마취 의료행위 2회 × 30만원
사례2	세척적혈구(X2031, X2032) 2pack(320ml 1pack, 400ml 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(전혈 및 분획제제) 2회* × 30만원 * 2회 ((320ml+400ml) / 400ml = 1.8)
사례3	성분채집 백혈구(X2502) 4pack(각 250ml 4pack)을 수혈 받은 경우	90만원 = 수혈(혈액성분채집술) 3회* × 30만원 * 3회 (보험년도 기준 지급횟수 한도 적용)
사례4	성분채집 혈장(X2504) 1pack(500ml 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(혈액성분채집술) 2회* × 30만원 * 2회 (500ml * 1 / 250ml = 2)
사례5	사례3의 피보험자가 동일한 보험년도에 성분채집혈장(X2504) 1pack(500ml)을 한 번 더 수혈 받은 경우	미지급* * 보험년도 기준 연간 3회 한도초과

⑮ 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인한 응급환자로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우에는 내원 1회당 상해통합치료비를 지급합니다. 이때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

⑯ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 치료를 직접적인 목적으로 “상해고압산소치료(급여)”에 해당하는 의료행위를 받은 경우 1일1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

⑰ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑱ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)에 한하여 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑲ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 치료적저체온요법치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 치료적저체온요법치료(급여)에 한하여 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑳ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 부분체외순환치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 부분체외순환치료(급여)에 한하여 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉑ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)에 한하여 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉒ 제21항의 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 마취시간은 전신마취치료(급여) 1회의 마취시간을 기준으로 보상하며, 2회 이상의 “전신마취치료(급여)”를 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

㉓ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 종합병원중환자실치료”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 종합병원중환자실치료에 한하여 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉔ “중증외상치료(권역외상센터)”의 경우 권역외상센터 도착 전 사망한 경우는 보상하지 않습니다.

㉕ “중증외상치료(권역외상센터)”의 경우 동일한 사고를 직접적인 원인으로 중증외상치료(권역외상센터)의 치료를 2회 이상 받은 경우에는 1사고당 1회에 한하여 보장합니다.

㉖ “상해통합치료(1-5종수술)Ⅲ”의 경우 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

㉗ 제26항에서 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.

㉘ “상해 종합병원 수술”의 경우 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해에 대한 수술로 두 종류 이상의 상해 종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 종합병원 수술비만 지급합니다.

㉙ “상해 상급종합병원 수술”의 경우 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해에 대한 수술로 두 종류 이

상의 상해 상급종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 상급종합병원 수술비만 지급합니다.

㉚ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해골절철심제거술(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해골절철심제거술(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉛ 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원 중에 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 상해재활치료(급여)"라 합니다)

2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 상해재활치료(급여)"라 합니다)

㉜ 제31항에도 불구하고 “입원상해재활치료(급여)”와 “통원상해재활치료(급여)”를 합산하여 연간 15회한 한도로 보장합니다.

㉝ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 【별표48】 『마취의료행위 분류표』 또는 【별표49】 『수혈의료행위 분류표』의 의료행위는 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 마취 또는 수혈
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   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
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
8. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
9. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우

③ 제1항 이외에도 회사는 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진정내시경 환자관리료 I~IV(“의료행위”코드 EA001~EA004)에 해당하는 의료행위에 대해서는 “상해특정마

취치료(정맥,급여)” 로 인한 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항 이외에도 회사는 다음에 해당하는 의료행위에 대해서는 “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)” 로 인한 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 진정내시경 환자관리료 I~IV(“의료행위”코드 EA001~EA004)에 해당하는 의료행위
2. 조혈모세포의 주입(“의료행위”코드 X5131~X5137)
3. 동종 공여자 림프구 주입(“의료행위”코드 X5051)
4. 자가수혈

제4조(“상해통합치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해통합치료”라 함은 제2항의 「상해통합치료(검사)」, 제3항의 「상해통합치료(주요치료)」, 제4항의 「상해통합치료(중증치료)」, 제5항의 「상해 통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」, 제6항의 「상해통합치료(수술)」 및 제7항의 「상해통합치료(재활치료)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「상해통합치료(검사)」라 함은 상해의 직접결과로써 진단 및 치료의 필요소견을 토대로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
검사	상해 MRI검사(급여)
	상해 CT검사(급여)
	상해 골밀도검사(급여)

1. 제5조(“상해 MRI검사(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 MRI검사(급여)”를 받은 경우
2. 제6조(“상해 CT검사(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 CT검사(급여)”를 받은 경우
3. 제7조(“상해 골밀도검사(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 골밀도검사(급여)”를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「상해통합치료(주요치료)」라 함은 상해(“깁스치료”의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
주요치료	상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)
	상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)
	상해 특정시술치료(급여)(화상처치)
	상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)
	상해 특정시술치료(급여)(기타)
	창상봉합술(급여)
	깁스치료
	골절(치아파절제외) 부목치료(급여)
	상해특정마취치료(정맥,급여)
	상해특정수혈치료(전혈및성분제제)
	상해특정수혈치료(혈액성분채집술)
	특정상해흉터성형수술
	상해응급실내원비(응급환자한정)
	상해고압산소치료(급여)

1. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)”를 받은 경우
2. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)”를 받은 경우
3. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(화상처치)”를 받은 경우
4. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)”를 받은 경우
5. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(기타)”를 받은 경우
6. 제9조(“창상봉합술(급여)”의 정의)에서 정한 “창상봉합술(급여)”을 받은 경우
7. 제10조(“깁스치료”의 정의)에서 정한 “깁스치료”를 받은 경우
8. 골절(치아파절제외)분류표(【별표2】『골절(치아파절제외) 분류표』참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제11조(“부목치료(급여)”의 정의)에서 정한 “부목치료(급여)”를 받은 경우
9. 제12조(“상해특정마취치료(정맥,급여)”, “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”의 정의 및 장소)”의 정의 및 장소)에서 정한 “상해특정마취치료(정맥,급여)”를 받은 경우
10. 제12조(“상해특정마취치료(정맥,급여)”, “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집

술)”의 정의 및 장소)에서 정한 “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”를 받은 경우

11. 제12조(“상해특정마취치료(정맥,급여)”, “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”의 정의 및 장소)에서 정한 “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”를 받은 경우
12. 제13조(“특정상해흉터성형수술”의 정의)에서 정한 “특정상해흉터성형수술”을 받은 경우
13. 제15조(“응급환자”의 정의)에서 정의한 “응급환자”로 제14조(“응급실”의 정의와 장소)에서 정한 “응급실”에 내원하여 진료를 받은 경우
14. 제16조(“상해고압산소치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해고압산소치료(급여)”를 받은 경우

④ 이 특별약관에서 「상해통합치료(중증치료)」라 함은 상해(“중증외상치료(권역외상센터)”의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
중증치료	상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)
	상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)
	상해 치료적저체온요법치료(급여)
	상해 부분체외순환치료(급여)
	상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)
	상해 종합병원중환자실치료
	중증외상치료(권역외상센터)

1. 제17조(“상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”을 받은 경우
2. 제18조(“상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우
3. 제19조(“상해 치료적저체온요법치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 치료적저체온요법치료(급여)”를 받은 경우
4. 제20조(“상해 부분체외순환치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 부분체외순환치료(급여)”를 받은 경우
5. 제21조(“상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 정의)에서 정한 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”를 받은 경우
6. 제22조(“상해 종합병원중환자실치료”의 정의)에서 정한 “상해 종합병원중환자실치료”를 받은 경우
7. 제23조(“권역외상센터”의 정의)에서 정한 “권역외상센터”의 외상센터(외상소생구역) 또는 응급의료센터(응급실)를 통하여 내원하여 제24조(“중증외상환자”의 정의)에서 정의한 중증외상환자로 분류되어 치료를 받은 경우

⑤ 이 특별약관에서 「상해통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「1~5종수술Ⅲ 분류표」(【별표53】 1~5종수술Ⅲ 분류표 참조)에서 정한 “수술”을 받은 경우를 말합니다.

구 분	
1-5종 수술Ⅲ	상해 1종 수술
	상해 2종 수술
	상해 3종 수술
	상해 4종 수술
	상해 5종 수술

⑥ 이 특별약관에서 「상해통합치료(수술)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
수술	상해 종합병원 수술
	상해 상급종합병원 수술
	상해골절철심제거술(급여)

1. 종합병원에서 제25조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 “수술”을 받은 경우
2. 상급종합병원에서 제25조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 “수술”을 받은 경우
3. 골절(치아파절제외)분류표(【별표2】『골절(치아파절제외) 분류표』참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 제28조(“상해골절철심제거술(급여)”의 정의)에서 정한 “급여 골절철심제거술”을 받는 경우

⑦ 이 특별약관에서 「상해통합치료(재활치료)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 입원 또는 통원하여 제29조(“상해재활치료(급여)”의 정의)에서 정한 “재활치료”를 받는 경우

구 분	
재활치료	입원 상해재활치료(급여)
	통원 상해재활치료(급여)

제5조(“상해 MRI검사(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 MRI검사(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 MRI검사(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 MRI검사(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 MRI검사(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 MRI검사(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조(“상해 CT검사(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 CT검사(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위	분류번호
일반 전산화단층영상진단	다-245
Cone Beam 전산화단층영상진단	다-245-1

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 CT검사(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 CT검사(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 CT검사(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 CT검사(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제7조(“상해 골밀도검사(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 골밀도검사(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 「급여 골밀도검사 대상 수가코드」(【별표 46】 『골밀도검사(급여) 대상 수가코드』 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 골밀도검사(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 골밀도검사(급여)”의료행위

해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 골밀도검사(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 골밀도검사(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 특정시술치료(급여)”라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 “상해통합치료(주요치료)”의 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농), 상해 특정시술치료(급여)(신경차단술), 상해 특정시술치료(급여)(화상처치), 상해 특정시술치료(급여)(도수정복술), 상해 특정시술치료(급여)(기타)(【별표47】 『상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드』 참조)를 총칭합니다.

② 제1항의 “상해 특정시술치료(급여)”라 함은 의사가 피보험자의 상해의 직접결과로써 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 「상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드」(【별표47】 『상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드』 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 특정시술치료(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 특정시술치료(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 “상해 특정시술치료(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 특정시술치료(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제9조(“창상봉합술(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “창상봉합술(급여)”이라 함은 상해의 직접결과로써, “창상봉합술(급여)” 치료를 받은 경우를 말합니다. “ 창상봉합술(급여)”이라 함은 「창상봉합술(급여) 대상 수가코드」(【별표24】 창상봉합술치료(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 “창상봉합술(급여)”의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 창상봉합술(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “창상봉합술(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제10조(“깁스치료”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “깁스치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, “부목(Splint Cast)치료”는 제외합니다.

② 제1항의 “부목(Splint Cast)치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제11조(“부목치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “부목치료(급여)”라 함은 의사가 피보험자의 상해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

대상항목	수가코드
부목-장상지 [상완으로부터 수부까지]	T6151
부목-단상지 [전완으로부터 수부까지]	T6152
부목-장하지 [대퇴로부터 족부까지]	T6153
부목-단하지 [하퇴로부터 족부까지]	T6154
부목-수지부	T6155

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "부목치료(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "부목치료(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 이 특별약관에서 "부목치료"라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 골절(치아파절제외)로 인한 "부목(Splint)치료"가 필요하다고 인정된 경우로서, 골절(치아파절제외) 환자의 근골격계 손상 부위의 움직임을 방지하기 위하여 의사의 관리 하에 근골격계 손상 부위의 일 측면 또는 양 측면을 부목(Splint)으로 고정하면서 지지하는 치료법을 말합니다. 단, 치료 보조 목적으로 사용되는 보조기(Sling, Brace 등)는 "부목(Splint)"에서 제외됩니다.

제12조("상해특정마취치료(정맥,급여)", "상해특정수혈치료(전혈및성분제제)", "상해특정수혈치료(혈액성분채집술)"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "상해특정마취치료(정맥,급여)"라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라고 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 약물 등을 사용하여 전신 또는 특정 부위를 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키는 의료행위(【별표48】 『마취의료행위 분류표』 참조)를 말합니다. 단, 치과마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "상해특정수혈치료"라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 "상해통합치료(주요치료)"의 통합치료항목 중 "상해특정수혈치료(전혈및성분제제)", "상해특정수혈치료(혈액성분채집술)"(【별표49】 『수혈의료행위 분류표』 참조)를 총칭합니다.

③ 제2항의 "상해특정수혈치료"라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 상해의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 환자에게 부족한 혈액의 혈구성분과 혈장성분을 타인으로부터 공급받아 보충해주는 의료행위(【별표49】 『수혈의료행위 분류표』 참조)를 하는 것을 말합니다.

④ 제1항의 "상해특정마취치료(정맥,급여)" 및 제2항의 "상해특정수혈치료"은 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 "요양급여"라 합니다) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하 "의료급여"라 합니다)의 절차를 거쳐 마취항목 또는 수혈항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다. 제1항의 "상해특정마취치료(정맥,급여)" 및 제2항의 "상해특정수혈치료"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다. 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 계약 체결시점의 의료행위(【별표48】 『마취의료행위 분류표』 및 【별표49】 『수혈의료행위 분류표』 참조)에 준하여 "마취 보장 코드" 및 "수혈 보장 코드"를 결정합니다.

제13조("특정상해흉터성형수술"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "특정상해흉터성형수술"이라 함은 보험기간 중에 상해로 치료를 받고 그 직접결과로서 상해흉터성형수술을 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 "특정상해흉터성형수술"이라 함은 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우를 말합니다. 다만, 피보험자가 사고발생시점에 만15세 미만일 경우 부득이 사고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.

구분	안면부	상지/하지
지급액	수술 1㎝당 14만원	수술 1㎝당 7만원 (단, 3cm 이상에 한함)

단, 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술 cm는 최장 직경으로 합니다.

③ 제1항 내지 제2항에서 정한 상해흉터성형수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 보험금을 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다.

④ "안면부", "상지", "하지"라 함은 다음을 말합니다.

1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. 상지란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 말하며 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

⑤ 상지 또는 하지에 대하여는 3㎝ 이상인 경우에만 보험금을 지급합니다.

제14조("응급실"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "응급실"이란 「응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호」에서 정하는 「응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관)」 또는 「응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)」에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고 된 응급실, 종합병원에 설치된 응급실을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의)】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 의료법 제3조에 따라 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)】

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

제15조("응급환자"의 정의)

이 특별약관에서 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)(응급의료에 관한 시행규칙 제2조(응급환자) 참조)」에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

【응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)】
「응급의료에 관한 법률」(이하 '법'이라 한다) 제2조 제1호에서 '보건복지부령이 정하는 자'란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.
1. 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

【응급증상 및 이에 준하는 증상】
1. 응급증상
   가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
   나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
   다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
   라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
   마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
   바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
   사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
   아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
   자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상
   가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
   나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
   다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
   라. 출혈 : 혈관손상
   마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
   바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
   사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

제16조("상해고압산소치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해고압산소치료(급여)"이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 급여 고압산소 의료행위 대상 수가코드(【별표50】 『고압산소 의료행위 분류표』 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해고압산소치료(급여)"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "상해고압산소치료(급여)"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제17조("상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 지속적신대체요법(CRRT)(급여) 분류표(【별표51】 지속적신대체요법(CRRT)(급여)대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어

보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제18조("상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서 상 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여) 분류표(【별표52】 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)" 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제19조("상해 치료적저체온요법치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 치료적저체온요법치료(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 치료적저체온요법치료(급여) 분류표(【별표54】 치료적저체온요법치료(급여)대상 수가코드참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 치료적저체온요법치료(급여) 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료적저체온요법치료(급여) 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 치료적저체온요법치료(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제20조("상해 부분체외순환치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 부분체외순환치료(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 부분체외순환치료(급여) 분류표(【별표55】 부분체외순환치료(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “부분체외순환치료(급여)” 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “부분체외순환치료(급여)” 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 부분체외순환치료(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제21조(“상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)”라 함은 상해의 직접적인 치료를 목적으로 제26조(“종합병원”의 정의)에서 정한 “종합병원“에서 “전신마취치료(급여)“를 6시간 이상 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 “전신마취치료(급여)”라 함은 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 진료비세부내역서상 전신마취 의료행위 분류표(【별표56】 전신마취 의료행위 분류표 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

③ 제2항의 「전신마취치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)” 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는“상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)” 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【보험금 지급 예시】

[사례1]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 20회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 20회 = 360분 → 지급

[사례2]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 15회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 285분 → 지급하지 않음

[사례2]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 10회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 210분 → 지급하지 않음

주1) 마취유지 : 1시간을 이상하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할때마다 산정

제22조(“상해 종합병원중환자실치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 종합병원 중환자실치료”라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 보험기간 중에 상해로 제26조(“종합병원”의 정의)에서 정한 “종합병원“에서의 ”중환자실“에 입원하여 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 “중환자실”이라 함은 「의료법 시행규칙」 별표4 에서 정한 중환자실을 말합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제23조("권역외상센터"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "권역외상센터"라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제30조의 2(권역외상센터의 지정)에 근거하여 선정된 의료기관을 말합니다.

【응급의료에 관한 법률 제30조의 2(권역외상센터의 지정)】

① 보건복지부장관은 외상환자의 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 권역응급의료센터, 전문응급의료센터 및 지역응급의료센터 중 권역외상센터를 지정할 수 있다.

1. 외상환자의 진료
2. 외상의료에 관한 연구 및 외상의료표준의 개발
3. 외상의료를 제공하는 의료인의 교육훈련
4. 대형 재해 등의 발생 시 응급의료 지원
5. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 외상의료 관련 업무

② 권역외상센터는 외상환자에 대한 효과적인 응급의료 제공을 위하여 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. 이 경우 각 호에 따른 구체적인 요건은 보건복지부령으로 정한다.

1. 외상환자 전용 중환자 병상 및 일반 병상
2. 외상환자 전용 수술실 및 치료실
3. 외상환자 전담 전문의
4. 외상환자 전용 영상진단장비 및 치료장비
5. 그 밖에 외상환자 진료에 필요한 인력 · 시설 · 장비

③ 그 밖에 권역외상센터 지정의 기준 · 방법 및 절차 등에 관한 구체적인 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제24조("중증외상환자"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "중증외상환자"라 함은 제23조("권역외상센터"의 정의) 정한 권역외상센터의 외상센터(외상소생구역) 또는 응급의료센터(응급실)를 통하여 내원한 외상환자 중 보건복지부 장관이 정하는 「권역외상센터 운영지침」에 따른 최종 손상중증도 점수(ISS)가 15점 초과인 환자를 말합니다.

【손상중증도점수(Injury Severity Score, ISS)】

신체를 6개의 부위(두경부, 안면부, 흉부, 복부, 사지, 신체표면)로 나누어서각 신체 부위의 손상별 중증도를 Abbreviate Injury Scale(AIS)로 점수화하고, 6개 부위 중 중증도가 심한 상위 3개 부위의 AIS점수의 제곱 합

【Abbreviate Injury Scale(AIS)】

외상환자의 중증도 평가도구로서, 신체를 6개 부위로 나누어 손상정도를 최소 1점(경증)에서 최대 6점(중증)까지 수치화한 점수

제25조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제26조("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 「의료법 제3조의3(종합병원)」에서 정한 종합병원을 말하며 「의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)」에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

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

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제27조("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 「의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)」에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.

【의료법 제3조4 (상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

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

제28조("상해골절철심제거술(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "상해골절철심제거술(급여)" 이라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 골절(치아파절제외)분류표(【별표2】『골절(치아파절제외) 분류표 』 참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 "급여 골절철심제거술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "급여 골절철심제거술"이라 함은 「급여 골절철심제거술 수가코드」(【별표34】『급여 골절철심제거술 수가코드』 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해골절철심제거술(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "상해골절철심제거술(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해골절철심제거술(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "상해골절철심제거술(급여)"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제29조("상해재활치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "상해재활치료(급여)"라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 「의료법」 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해재활치료비(급여)" 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항의 "상해재활치료(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제31항에도 불구하고 상해 진단을 받은 피보험자가 질병으로 제1항의 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

제30조("입원" 및 "통원"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우】

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실 시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제31조(법령 개정에 따른 특약 내용의 변경)

① 제23조("권역외상센터"의 정의)의 "권역외상센터" 지정기준이 「의료법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 권역외상센터 내원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 "권역외상센터"제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "권역외상센터"제도의 변경으로 제23조("권역외상센터"의 정의)의 권역외상센터 판정이 불가능한 경우
3. 보건복지부장관이 정하는 권역외상센터 운영지침에 따라 "중증외상환자"의 분류가 폐지되는 경우
4. 제1호 내지 제3호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부장관이 정하는 권역외상센터 운영지침 개정에 따라 손상중증도 점수(ISS) 산정 방식 또는 "중증외상환자"의 기준이 변경되는 경우에는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 당시 권역외상센터 운영지침에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 권역외상센터 운영지침 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제32조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서(재활치료의 경우 "재활치료의 원인" 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(전신마취치료의 경우 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등 포함), 각 통합치료 항목별 목적이 기재된 의사소견서, 중증외상치료(권역외상센터)의 경우 손상중증도 점수(ISS)등을 확인할 수 있는 의무기록지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제33조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제34조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-76. 상해통합치료비(실속형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 진단 및 치료의 필요소견을 토대로 「상해통합치료(검사)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해("깁스치료"의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「상해통합치료(주요치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해("중증외상치료(권역외상센터)"의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「상해통합치료(중증치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 「상해통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 「상해통합치료(수술)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

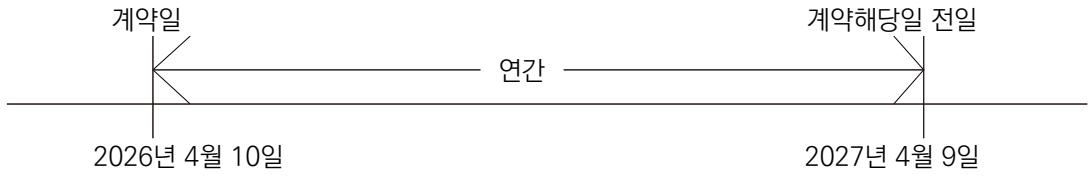
⑥ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 「상해통합치료(재활치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

구 분		지급횟수	지급금액
검사	상해 MRI검사(급여)	연간1회한	5만원
	상해 CT검사(급여)	연간1회한	5만원
	상해 골밀도검사(급여)	연간1회한	3만원
주요치료	상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)	연간1회한	5만원
	상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)	연간1회한	5만원
	상해 특정시술치료(급여)(화상처치)	연간1회한	5만원
	상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)	연간1회한	5만원
	상해 특정시술치료(급여)(기타)	연간1회한	1만원
	창상봉합술(급여)	연간3회한 (1일1회한)	10만원
	깁스치료	1사고당	10만원
	골절(치아파절제외) 부목치료(급여)	1사고당	5만원
	상해특정마취치료(정맥,급여)	연간3회한	10만원
	상해특정수혈치료(전혈및성분제제)	연간3회한	10만원
	상해특정수혈치료(혈액성분채집술)	연간3회한	10만원
	특정상해흉터성형수술	1사고당 500만원한도	안면부: 1cm당 14만원 상·하지:1cm당7만원(3cm이상한정)
	상해응급실내원비(응급환자한정)	내원1회당	3만원
	상해고압산소치료(급여)	1치료당 (1일1회한)	5만원
중증치료	상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)	연간1회한	100만원
	상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)	연간1회한	100만원
	상해 치료적저체온요법치료(급여)	연간1회한	100만원
	상해 부분체외순환치료(급여)	연간1회한	500만원
	상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)	연간1회한	300만원
	상해 종합병원중환자실치료	연간1회한	300만원
	중증외상치료(권역외상센터)	1사고당	300만원
1-5종 수술Ⅲ	상해 1종 수술	수술1회당	10만원
	상해 2종 수술	수술1회당	20만원
	상해 3종 수술	수술1회당	30만원
	상해 4종 수술	수술1회당	100만원
	상해 5종 수술	수술1회당	200만원
수술	상해 종합병원 수술	동일사고1회당	20만원
	상해 상급종합병원 수술	동일사고1회당	30만원
	상해골절철심제거술(급여)	연간1회한	10만원

구 분		지급횟수	지급금액
재활치료	입원상해재활치료(급여)	연간 15회한 (각각 일1회한)	1만원
	통원상해재활치료(급여)		

⑦ 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 MRI검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 MRI검사(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 CT검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 CT검사(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 골밀도검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 골밀도검사(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(화상처치)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(화상처치)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑧ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(기타)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(기타)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑨ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “창상봉합술(급여)”을 받은 경우에도 통합치료항목 중 창상봉합술(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1일 1회에 한하여 연간 3회한도로 보장합니다.

⑩ 피보험자가 동일한 질병 또는 상해로 인하여 “깁스치료”를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 사고당 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

⑪ 동일한 상해를 직접적인 원인으로 골절(치아파절제외)상태가 발생하여 “골절(치아파절제외) 부목치료(급여)”를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 “골절(치아파절제외) 부목치료(급여)”를 받은 경우에는 사고당 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

⑫ “상해특정마취치료(정맥,급여)”는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 마취 의료행위 1회당 보험금을 지급하며, 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다.

⑬ “상해특정수혈치료(전혈 및 성분제제)”는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 전혈, 혈액성분제제 중 성분제제에 의한 수혈시(전혈기준 합산 400ml 당 1회) 보험금을 지급하며, 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다. 단, 수혈의 의료행위 횟수가 소수로 나올 경우, 정수단위로 올림(예: 1.3회 →2회로 산정)하여 상기 보험금 지급기준을 적용합니다.

⑭ “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 혈액성분제제 중 혈액성분채집술에 의한 수혈시(합산 250ml 당 1회) 보험금을 지급하며, 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다. 단, 수혈의 의료행위 횟수가 소수로 나올 경우, 정수단위로 올림(예: 1.3회 →2회로 산정)하여 상기 보험금 지급기준을 적용합니다.

【보험금 지급 예시】

상해로 마취, 수혈을 받은 경우(보험가입금액 30만원 가입 기준)

구분	치료항목	지급보험금
사례1	전신마취(L0101)와 척추마취(L1213)를 각각 1회 받은 경우	60만원 = 마취 의료행위 2회 × 30만원
사례2	세척적혈구(X2031, X2032) 2pack(320ml 1pack, 400ml 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(전혈 및 분획제제) 2회* × 30만원 * 2회 ((320ml+400ml) / 400ml = 1.8)
사례3	성분채집 백혈구(X2502) 4pack(각 250ml 4pack)을 수혈 받은 경우	90만원 = 수혈(혈액성분채집술) 3회* × 30만원 * 3회 (보험년도 기준 지급횟수 한도 적용)
사례4	성분채집 혈장(X2504) 1pack(500ml 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(혈액성분채집술) 2회* × 30만원 * 2회 (500ml * 1 / 250ml = 2)
사례5	사례3의 피보험자가 동일한 보험년도에 성분채집혈장(X2504) 1pack(500ml)을 한 번 더 수혈 받은 경우	미지급* * 보험년도 기준 연간 3회 한도초과

⑮ 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인한 응급환자로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우에는 내원 1회당 상해통합치료비를 지급합니다. 이때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

⑯ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 치료를 직접적인 목적으로 “상해고압산소치료(급여)”에 해당하는 의료행위를 받은 경우 1일1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

⑰ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑱ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)에 한하여 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑲ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 치료적저체온요법치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 치료적저체온요법치료(급여)에 한하여 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑳ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 부분체외순환치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 부분체외순환치료(급여)에 한하여 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉑ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)에 한하여 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉒ 제21항의 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 마취시간은 전신마취치료(급여) 1회의 마취시간을 기준으로 보상하며, 2회 이상의 “전신마취치료(급여)”를 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

㉓ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 종합병원중환자실치료”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 종합병원중환자실치료에 한하여 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉔ “중증외상치료(권역외상센터)”의 경우 권역외상센터 도착 전 사망한 경우는 보상하지 않습니다.

㉕ “중증외상치료(권역외상센터)”의 경우 동일한 사고를 직접적인 원인으로 중증외상치료(권역외상센터)의 치료를 2회 이상 받은 경우에는 1사고당 1회에 한하여 보장합니다.

㉖ “상해통합치료(1-5종수술)Ⅲ”의 경우 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

㉗ 제26항에서 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.

㉘ “상해 종합병원 수술”의 경우 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해에 대한 수술로 두 종류 이상의 상해 종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 종합병원 수술비만 지급합니다.

㉙ “상해 상급종합병원 수술”의 경우 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해에 대한 수술로 두 종류 이

상의 상해 상급종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 상급종합병원 수술비만 지급합니다.

㉚ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해골절철심제거술(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해골절철심제거술(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉛ 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원 중에 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 상해재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 상해재활치료(급여)"라 합니다)

㉜ 제31항에도 불구하고 “입원상해재활치료(급여)”와 “통원상해재활치료(급여)”를 합산하여 연간 15회한 한도로 보장합니다.

㉝ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 【별표48】 『마취의료행위 분류표』 또는 【별표49】 『수혈의료행위 분류표』의 의료행위는 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 마취 또는 수혈
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   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
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
8. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
9. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우

③ 제1항 이외에도 회사는 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진정내시경 환자관리료 I~IV(“의료행위”코드 EA001~EA004)에 해당하는 의료행위에 대해서는 “상해특정마

취치료(정맥,급여)” 로 인한 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항 이외에도 회사는 다음에 해당하는 의료행위에 대해서는 “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)” 로 인한 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 진정내시경 환자관리료 I~IV(“의료행위”코드 EA001~EA004)에 해당하는 의료행위
2. 조혈모세포의 주입(“의료행위”코드 X5131~X5137)
3. 동종 공여자 림프구 주입(“의료행위”코드 X5051)
4. 자가수혈

제4조(“상해통합치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해통합치료”라 함은 제2항의 「상해통합치료(검사)」, 제3항의 「상해통합치료(주요치료)」, 제4항의 「상해통합치료(중증치료)」, 제5항의 「상해 통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」, 제6항의 「상해통합치료(수술)」 및 제7항의 「상해통합치료(재활치료)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「상해통합치료(검사)」라 함은 상해의 직접결과로써 진단 및 치료의 필요소견을 토대로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
검사	상해 MRI검사(급여)
	상해 CT검사(급여)
	상해 골밀도검사(급여)

1. 제5조(“상해 MRI검사(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 MRI검사(급여)”를 받은 경우
2. 제6조(“상해 CT검사(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 CT검사(급여)”를 받은 경우
3. 제7조(“상해 골밀도검사(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 골밀도검사(급여)”를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「상해통합치료(주요치료)」라 함은 상해(“깁스치료”의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
주요치료	상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)
	상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)
	상해 특정시술치료(급여)(화상처치)
	상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)
	상해 특정시술치료(급여)(기타)
	창상봉합술(급여)
	깁스치료
	골절(치아파절제외) 부목치료(급여)
	상해특정마취치료(정맥,급여)
	상해특정수혈치료(전혈및성분제제)
	상해특정수혈치료(혈액성분채집술)
	특정상해흉터성형수술
	상해응급실내원비(응급환자한정)
	상해고압산소치료(급여)

1. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)”를 받은 경우
2. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)”를 받은 경우
3. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(화상처치)”를 받은 경우
4. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)”를 받은 경우
5. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(기타)”를 받은 경우
6. 제9조(“창상봉합술(급여)”의 정의)에서 정한 “창상봉합술(급여)”을 받은 경우
7. 제10조(“깁스치료”의 정의)에서 정한 “깁스치료”를 받은 경우
8. 골절(치아파절제외)분류표(【별표2】『골절(치아파절제외) 분류표』참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제11조(“부목치료(급여)”의 정의)에서 정한 “부목치료(급여)”를 받은 경우
9. 제12조(“상해특정마취치료(정맥,급여)”, “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”의 정의 및 장소)”의 정의 및 장소)에서 정한 “상해특정마취치료(정맥,급여)”를 받은 경우
10. 제12조(“상해특정마취치료(정맥,급여)”, “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집

술)”의 정의 및 장소)에서 정한 “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”를 받은 경우

11. 제12조(“상해특정마취치료(정맥,급여)”, “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”의 정의 및 장소)에서 정한 “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”를 받은 경우
12. 제13조(“특정상해흉터성형수술”의 정의)에서 정한 “특정상해흉터성형수술”을 받은 경우
13. 제15조(“응급환자”의 정의)에서 정의한 “응급환자”로 제14조(“응급실”의 정의와 장소)에서 정한 “응급실”에 내원하여 진료를 받은 경우
14. 제16조(“상해고압산소치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해고압산소치료(급여)”를 받은 경우

④ 이 특별약관에서 「상해통합치료(중증치료)」라 함은 상해(“중증외상치료(권역외상센터)”의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
중증치료	상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)
	상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)
	상해 치료적저체온요법치료(급여)
	상해 부분체외순환치료(급여)
	상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)
	상해 종합병원중환자실치료
	중증외상치료(권역외상센터)

1. 제17조(“상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”을 받은 경우
2. 제18조(“상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우
3. 제19조(“상해 치료적저체온요법치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 치료적저체온요법치료(급여)”를 받은 경우
4. 제20조(“상해 부분체외순환치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 부분체외순환치료(급여)”를 받은 경우
5. 제21조(“상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 정의)에서 정한 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”를 받은 경우
6. 제22조(“상해 종합병원중환자실치료”의 정의)에서 정한 “상해 종합병원중환자실치료”를 받은 경우
7. 제23조(“권역외상센터”의 정의)에서 정한 “권역외상센터”의 외상센터(외상소생구역) 또는 응급의료센터(응급실)를 통하여 내원하여 제24조(“중증외상환자”의 정의)에서 정의한 중증외상환자로 분류되어 치료를 받은 경우

⑤ 이 특별약관에서 「상해통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「1~5종수술Ⅲ 분류표」(【별표53】 1~5종수술Ⅲ 분류표 참조)에서 정한 “수술”을 받은 경우를 말합니다.

구 분	
1-5종 수술Ⅲ	상해 1종 수술
	상해 2종 수술
	상해 3종 수술
	상해 4종 수술
	상해 5종 수술

⑥ 이 특별약관에서 「상해통합치료(수술)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
수술	상해 종합병원 수술
	상해 상급종합병원 수술
	상해골절철심제거술(급여)

1. 종합병원에서 제25조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 “수술”을 받은 경우
2. 상급종합병원에서 제25조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 “수술”을 받은 경우
3. 골절(치아파절제외)분류표(【별표2】『골절(치아파절제외) 분류표』참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 제28조(“상해골절철심제거술(급여)”의 정의)에서 정한 “급여 골절철심제거술”을 받는 경우

⑦ 이 특별약관에서 「상해통합치료(재활치료)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 입원 또는 통원하여 제29조(“상해재활치료(급여)”의 정의)에서 정한 “재활치료”를 받는 경우

구 분	
재활치료	입원 상해재활치료(급여)
	통원 상해재활치료(급여)

제5조(“상해 MRI검사(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 MRI검사(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 MRI검사(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 MRI검사(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 MRI검사(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 MRI검사(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조(“상해 CT검사(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 CT검사(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위	분류번호
일반 전산화단층영상진단	다-245
Cone Beam 전산화단층영상진단	다-245-1

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 CT검사(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 CT검사(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 CT검사(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 CT검사(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제7조(“상해 골밀도검사(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 골밀도검사(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 「급여 골밀도검사 대상 수가코드」(【별표46】 『골밀도검사(급여) 대상 수가코드』 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 골밀도검사(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 골밀도검사(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 골밀도검사(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 골밀도검사(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 특정시술치료(급여)”라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 “상해통합치료(주요치료)”의 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농), 상해 특정시술치료(급여)(신경차단술), 상해 특정시술치료(급여)(화상처치), 상해 특정시술치료(급여)(도수정복술), 상해 특정시술치료(급여)(기타)(【별표47】『상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드』 참조)를 총칭합니다.

② 제1항의 “상해 특정시술치료(급여)”라 함은 의사가 피보험자의 상해의 직접결과로써 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 「상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드」(【별표47】『상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드』 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 특정시술치료(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 특정시술치료(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 “상해 특정시술치료(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 특정시술치료(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제9조(“창상봉합술(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “창상봉합술(급여)”이라 함은 상해의 직접결과로써, “창상봉합술(급여)” 치료를 받은 경우를 말합니다. “ 창상봉합술(급여)”이라 함은 「창상봉합술(급여) 대상 수가코드」(【별표24】 창상봉합술치료(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 “창상봉합술(급여)”의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 창상봉합술(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “창상봉합술(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제10조(“깁스치료”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “깁스치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, “부목(Splint Cast)치료”는 제외합니다.

② 제1항의 “부목(Splint Cast)치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제11조(“부목치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “부목치료(급여)”라 함은 의사가 피보험자의 상해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

대상항목	수가코드
부목-장상지 [상완으로부터 수부까지]	T6151
부목-단상지 [전완으로부터 수부까지]	T6152
부목-장하지 [대퇴로부터 족부까지]	T6153
부목-단하지 [하퇴로부터 족부까지]	T6154
부목-수지부	T6155

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "부목치료(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "부목치료(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 이 특별약관에서 "부목치료"라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 골절(치아파절제외)로 인한 "부목(Splint)치료"가 필요하다고 인정된 경우로서, 골절(치아파절제외) 환자의 근골격계 손상 부위의 움직임을 방지하기 위하여 의사의 관리 하에 근골격계 손상 부위의 일 측면 또는 양 측면을 부목(Splint)으로 고정하면서 지지하는 치료법을 말합니다. 단, 치료 보조 목적으로 사용되는 보조기(Sling, Brace 등)는 "부목(Splint)"에서 제외됩니다.

제12조("상해특정마취치료(정맥,급여)", "상해특정수혈치료(전혈및성분제제)", "상해특정수혈치료(혈액성분채집술)"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "상해특정마취치료(정맥,급여)"라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라고 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 약물 등을 사용하여 전신 또는 특정 부위를 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키는 의료행위(【별표48】 『마취의료행위 분류표』 참조)를 말합니다. 단, 치과마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "상해특정수혈치료"라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 "상해통합치료(주요치료)"의 통합치료항목 중 "상해특정수혈치료(전혈및성분제제)", "상해특정수혈치료(혈액성분채집술)"(【별표49】 『수혈의료행위 분류표』 참조)를 총칭합니다.

③ 제2항의 "상해특정수혈치료"라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 상해의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 환자에게 부족한 혈액의 혈구성분과 혈장성분을 타인으로부터 공급받아 보충해주는 의료행위(【별표49】 『수혈의료행위 분류표』 참조)를 하는 것을 말합니다.

④ 제1항의 "상해특정마취치료(정맥,급여)" 및 제2항의 "상해특정수혈치료"은 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 "요양급여"라 합니다) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하 "의료급여"라 합니다)의 절차를 거쳐 마취항목 또는 수혈항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다. 제1항의 "상해특정마취치료(정맥,급여)" 및 제2항의 "상해특정수혈치료"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다. 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 계약 체결시점의 의료행위(【별표48】 『마취의료행위 분류표』 및 【별표49】 『수혈의료행위 분류표』 참조)에 준하여 "마취 보장 코드" 및 "수혈 보장 코드"를 결정합니다.

제13조("특정상해흉터성형수술"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "특정상해흉터성형수술"이라 함은 보험기간 중에 상해로 치료를 받고 그 직접결과로서 상해흉터성형수술을 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 "특정상해흉터성형수술"이라 함은 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우를 말합니다. 다만, 피보험자가 사고발생시점에 만15세 미만일 경우 부득이 사고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.

구분	안면부	상지/하지
지급액	수술 1㎝당 14만원	수술 1㎝당 7만원 (단, 3cm 이상에 한함)

단, 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술 cm는 최장 직경으로 합니다.

③ 제1항 내지 제2항에서 정한 상해흉터성형수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 보험금을 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다.

④ "안면부", "상지", "하지"라 함은 다음을 말합니다.

1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. 상지란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 말하며 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

⑤ 상지 또는 하지에 대하여는 3㎝ 이상인 경우에만 보험금을 지급합니다.

제14조("응급실"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "응급실"이란 「응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호」에서 정하는 「응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관)」 또는 「응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)」에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고 된 응급실, 종합병원에 설치된 응급실을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의)】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 의료법 제3조에 따라 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)】

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

제15조("응급환자"의 정의)

이 특별약관에서 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)(응급의료에 관한 시행규칙 제2조(응급환자) 참조)」에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

【응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)】

「응급의료에 관한 법률」(이하 '법'이라 한다) 제2조 제1호에서 '보건복지부령이 정하는 자'란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

【응급증상 및 이에 준하는 증상】

1. 응급증상
   - 가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
   - 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
   - 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
   - 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
   - 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
   - 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
   - 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
   - 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
   - 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상
   - 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
   - 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
   - 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
   - 라. 출혈 : 혈관손상
   - 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
   - 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
   - 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

제16조(“상해고압산소치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해고압산소치료(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 급여 고압산소 의료행위 대상 수가코드(【별표50】 『고압산소 의료행위 분류표』 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해고압산소치료(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해고압산소치료(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제17조(“상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 지속적신대체요법(CRRT)(급여) 분류표(【별표51】 지속적신대체요법(CRRT)(급여)대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제18조(“상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)”라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서 상 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여) 분류표(【별표52】 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)” 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)” 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제19조(“상해 치료적저체온요법치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 치료적저체온요법치료(급여)”라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 치료적저체온요법치료(급여) 분류표(【별표54】 치료적저체온요법치료(급여)대상 수가코드참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는

의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 치료적저체온요법치료(급여) 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료적저체온요법치료(급여) 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 치료적저체온요법치료(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제20조("상해 부분체외순환치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 부분체외순환치료(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 부분체외순환치료(급여) 분류표(【별표55】 부분체외순환치료(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "부분체외순환치료(급여)" 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "부분체외순환치료(급여)" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 부분체외순환치료(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제21조("상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)"라 함은 상해의 직접적인 치료를 목적으로 제26조("종합병원"의 정의)에서 정한 "종합병원"에서 "전신마취치료(급여)"를 6시간 이상 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 "전신마취치료(급여)"라 함은 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 진료비세부내역서상 전신마취 의료행위 분류표(【별표56】 전신마취 의료행위 분류표 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

③ 제2항의 「전신마취치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)" 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는"상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【보험금 지급 예시】

[사례1]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 20회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 20회 = 360분 → 지급

[사례2]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 15회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 285분 → 지급하지 않음

[사례2]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 10회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 210분 → 지급하지 않음

주1) 마취유지 : 1시간을 이상하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할때마다 산정

제22조("상해 종합병원중환자실치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 종합병원 중환자실치료"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 보험기간 중에 상해로 제26조("종합병원"의 정의)에서 정한 "종합병원"에서의 "중환자실"에 입원하여 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 별표4 에서 정한 중환자실을 말합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

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

제23조("권역외상센터"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "권역외상센터"라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제30조의 2(권역외상센터의 지정)에 근거하여 선정된 의료기관을 말합니다.

【응급의료에 관한 법률 제30조의 2(권역외상센터의 지정)】

① 보건복지부장관은 외상환자의 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 권역응급의료센터, 전문응급의료센터 및 지역응급의료센터 중 권역외상센터를 지정할 수 있다.
1. 외상환자의 진료
2. 외상의료에 관한 연구 및 외상의료표준의 개발

3. 외상의료를 제공하는 의료인의 교육훈련
4. 대형 재해 등의 발생 시 응급의료 지원
5. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 외상의료 관련 업무

② 권역외상센터는 외상환자에 대한 효과적인 응급의료 제공을 위하여 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. 이 경우 각 호에 따른 구체적인 요건은 보건복지부령으로 정한다.
1. 외상환자 전용 중환자 병상 및 일반 병상
2. 외상환자 전용 수술실 및 치료실
3. 외상환자 전담 전문의
4. 외상환자 전용 영상진단장비 및 치료장비
5. 그 밖에 외상환자 진료에 필요한 인력 · 시설 · 장비

③ 그 밖에 권역외상센터 지정의 기준 · 방법 및 절차 등에 관한 구체적인 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제24조("중증외상환자"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "중증외상환자"라 함은 제23조("권역외상센터"의 정의) 정한 권역외상센터의 외상센터(외상소생구역) 또는 응급의료센터(응급실)를 통하여 내원한 외상환자 중 보건복지부 장관이 정하는 「권역외상센터 운영지침」에 따른 최종 손상중증도 점수(ISS)가 15점 초과인 환자를 말합니다.

【손상중증도점수(Injury Severity Score, ISS)】

신체를 6개의 부위(두경부, 안면부, 흉부, 복부, 사지, 신체표면)로 나누어서각 신체 부위의 손상별 중증도를 Abbreviate Injury Scale(AIS)로 점수화하고, 6개 부위 중 중증도가 심한 상위 3개 부위의 AIS점수의 제곱 합

【Abbreviate Injury Scale(AIS)】

외상환자의 중증도 평가도구로서, 신체를 6개 부위로 나누어 손상정도를 최소 1점(경증)에서 최대 6점(중증)까지 수치화한 점수

제25조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제26조("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 「의료법 제3조의3(종합병원)」에서 정한 종합병원을 말하며 「의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)」에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제27조("상급종합병원"의 정의)

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

※ 상기 종합병원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

"상급종합병원"이라 함은 「의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)」에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.

【의료법 제3조4 (상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

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

제28조("상해골절철심제거술(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "상해골절철심제거술(급여)" 이라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 골절(치아파절제외)분류표(【별표2】『골절(치아파절제외) 분류표』참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 "급여 골절철심제거술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "급여 골절철심제거술"이라 함은 「급여 골절철심제거술 수가코드」(【별표34】『급여 골절철심제거술 수가코드』참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해골절철심제거술(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "상해골절철심제거술(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해골절철심제거술(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "상해골절철심제거술(급여)"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제29조("상해재활치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "상해재활치료(급여)"라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 「의료법」 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장

(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해재활치료비(급여)" 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항의 "상해재활치료(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제31항에도 불구하고 상해 진단을 받은 피보험자가 질병으로 제1항의 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

제30조("입원" 및 "통원"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우】

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실 시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제31조(법령 개정에 따른 특약 내용의 변경)

① 제23조("권역외상센터"의 정의)의 "권역외상센터" 지정기준이 「의료법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 권역외상센터 내원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 "권역외상센터"제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "권역외상센터"제도의 변경으로 제23조("권역외상센터"의 정의)의 권역외상센터 판정이 불가능한 경우
3. 보건복지부장관이 정하는 권역외상센터 운영지침에 따라 "중증외상환자"의 분류가 폐지되는 경우
4. 제1호 내지 제3호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부장관이 정하는 권역외상센터 운영지침 개정에 따라 손상중증도 점수(ISS) 산정 방식 또는 "중증외상환자"의 기준이 변경되는 경우에는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “권역외상센터”에 내원하여 “중증외상환자”로 분류되어 치료를 받은 당시 권역외상센터 운영지침에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 권역외상센터 운영지침 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “권역외상센터”에 내원하여 “중증외상환자”로 분류되어 치료를 받은 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제32조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서(재활치료의 경우 “재활치료의 원인” 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(전신마취치료의 경우 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등 포함), 각 통합치료 항목별 목적이 기재된 의사소견서, 중증외상치료(권역외상센터)의 경우 손상중증도 점수(ISS)등을 확인할 수 있는 의무기록지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제33조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제34조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

Ⅱ. 비용 관련 특별약관

2-1. 교통사고처리지원금Ⅴ(비탑승중포함) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차 중 이륜자동차는 제외합니다)를 운전하던 중 급격하고도 우연한 사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. 「중대법규위반 교통사고」로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. 「일반교통사고」로 피해자에게 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다)되거나, 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상(【별표7】 자동차사고부상등급표 참조)을 입힌 경우
4. 「일반교통사고」로 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급, 또는 3급(【별표7】 자동차사고부상등급표 참조) 외에 해당하는 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 교통사고처리특례법 제3조 위반 혐의로 경찰조사 후 불송치되거나, 검찰에 의해 불기소된 경우. 단, 피보험자와 피해자간 형사합의로 인하여 불송치되거나, 불기소된 경우에 한합니다.

【중상해】

사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차 중 이륜자동차는 제외합니다)를 운전 후 비탑승 상태에서 급격하고도 우연한 사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. 「일반교통사고」로 피해자에게 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다)되거나, 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상(【별표7】 자동차사고부상등급표 참조)을 입힌 경우
3. 「일반교통사고」로 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급, 또는 3급(【별표7】 자동차사고부상등급표 참조)외에 해당하는 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 교통사고처리특례법 제3조 위반 혐의로 경찰조사 후 불송치되거나, 검찰에 의해 불기소된 경우. 단, 피보험자와 피해자간 형사합의로 인하여 불송치되거나, 불기소된 경우에 한합니다.

③ 제1항 및 2항에서 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제1항에서 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

⑤ 제2항에서 운전 후 비탑승 상태에서 사고라 함은 「운전」 상태에서 벗어난 직후 발생한 사고를 말하며, 사고 발생 시 피보험자가 사고 현장에서 사고를 즉시 인지할 수 있는 경우에 한합니다. 단, 피보험자가 운전석을 벗어난 후 5분(도로교통법상 정차 기준 시간)을 초과하지 아니하고 발생한 사고임이 블랙박스 등을 통하여 입증되는 경우를 포함합니다.

【자동차 운전 후 비탑승중 교통사고 예시】

1. 주·정차를 하고 운전석을 벗어나자마자 차량이 움직이면서 발생한 사고
2. 주·정차 후 하차하기 위해서 개문 중 타 차량 혹은 타인을 충격한 사고
3. 도로에 주·정차한 직후 주행하는 타 차량과의 충격으로 발생한 사고

⑥ 제5항에도 불구하고, 제 2항의 운전 후 비탑승 상태에서 사고라 함은 피보험자가 자동차를 주정차한 이후에 발생한 사고 중 피보험자의 소유, 사용 또는 관리하는 자동차로 발생한 사고를 포함합니다. 단, 제2항의 제2호는 검찰에 의해 기소된 경우에 한하며 제2항의 제3호는 제외됩니다.

⑦ 제1항에서 「중대법규위반 교통사고」라 함은 【별표17】『교통사고처리특례법 제3조』 제2항 단서에 해당하는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑧ 제1항에서 「일반교통사고」라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 【별표17】『교통사고처리특례법 제3조』 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 및 2항 제1호의 경우 : 보험가입금액
2. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호의 경우

구분	보험가입금액 3천만원 기준	보험가입금액 5천만원 기준	보험가입금액 7천만원 기준	보험가입금액 1억원 기준	보험가입금액 1.5억원 기준	보험가입금액 2억원 기준	보험가입금액 2억5천만원 기준
42일~69일 진단시	1천만원	1천만원	1천만원	1천만원	1천5백만원	2천만원	2천만원
70일~139일 진단시	2천만원	3천만원	4천만원	5천만원	7천만원	8천만원	8천만원
140일 이상 진단시	3천만원	5천만원	7천만원	1억원	1억2천만원	1억5천만원	1억5천만원

3. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호 및 2항 제2호의 경우

보험가입금액 3천만원 기준	보험가입금액 5천만원 기준	보험가입금액 7천만원 기준	보험가입금액 1억원 기준	보험가입금액 1.5억원 기준	보험가입금액 2억원 기준	보험가입금액 2.5억원 기준
3천만원	5천만원	7천만원	1억원	1.5억원	2억원	2억원

4. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호 및 2항 제3호의 경우

보험가입금액 3천만원 기준	보험가입금액 5천만원 기준	보험가입금액 7천만원 기준	보험가입금액 1억원 기준	보험가입금액 1.5억원 기준	보험가입금액 2억원 기준	보험가입금액 2.5억원 기준
3천만원			5천만원		7천만원	

② 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1항의 금액을 한도로 보상합니다.

③ 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 피해자의 부상 치료기간, 부상등급이 명시된 진단서 또는 소견서
6. 보험금 지급을 위한 증명서류(자동차보험 사고확인서 등 사고경위를 확인할 수 있는 서류)
7. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호 및 2항 제3호의 경우, 피보험자는 다음의 서류를 추가로 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 중상해 여부를 확인 할 수 있는 진단서 또는 소견서(경찰서 또는 검찰청에 제출된 서류)
2. 불송치 또는 불기소를 증빙할 수 있는 서류(불송치 결정서, 불기소 이유고지서 등)

3. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑤ 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우, 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

⑥ 제5항에 따라 보험회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
3. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
4. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
5. 피해자의 부상 치료기간, 부상등급이 명시된 진단서 또는 소견서
6. 중상해 여부를 확인 할 수 있는 진단서 또는 소견서(경찰서 또는 검찰청에 제출된 서류)
7. 불송치 또는 불기소된 경우, 이를 증빙할 수 있는 서류(불송치 결정서, 불기소 이유 고지서 등)
8. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑦ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 피해자의 공탁금 출급 이전이라 하더라도 회사는 공탁금액의 전부를 제1항의 금액의 70%를 한도로 피보험자에게 가지급하여 보상하여 드립니다. 단, 피해자의 공탁금 출급 이후 잔여 공탁금은 제1항의 금액에서 가지급한 보험금을 차감한 금액을 한도로 추가로 보상합니다.

⑧ 피보험자가 향후 무죄 선고 등으로 공탁금을 회수하는 경우 피보험자는 지체없이 회사에 알리고 제7항의 가지급 보험금을 반환하여야 합니다.

⑨ 피보험자가 제7항의 가지급금 보험금 수령 후 지급일로부터 3년 이내에 잔여 공탁금을 청구하지 않을 경우, 회사는 보험금 지급사유가 발생하지 않은 것으로 보아 제6항에서 지급한 가지급 보험금에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 및 운전 후 비탑승 상태에서 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 무면허운전 중 및 운전 후 비탑승 상태, 제44조 술에 취한 상태에서의 운전 중 및 운전 후 비탑승 상태 또는 제45조 약물상태에서 운전 중 및 운전 후 비탑승 상태에서 사고를 일으킨 때
8. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 및 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 사고
9. 피보험자 이외의 자가 운전중 및 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 사고

제4조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 2항의 형사합의금에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-2. 교통사고처리지원금Ⅳ(비탑승중)(기가입자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차 중 이륜자동차는 제외합니다)를 운전후 비탑승 상태에서 급격하고도 우연한 사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다)에게 다음 각 호의 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. 「일반교통사고」로 피해자에게 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다)되거나, 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상(【별표7】 자동차사고부상등급표 참조)을 입힌 경우
3. 「일반교통사고」로 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급, 또는 3급 외에 해당하는 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 교통사고처리특례법 제3조 위반 혐의로 경찰조사 후 불송치되거나, 검찰에 의해 불기소된 경우. 단, 피보험자와 피해자간 형사합의로 인하여 불송치되거나, 불기소된 경우에 한합니다.

【중상해】

사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

② 제1항에서 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항에서「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

④ 제1항에서 운전 후 비탑승 상태에서 사고라 함은 「운전」상태에서 벗어난 직후 발생한 사고를 말하며, 사고 발생 시 피보험자가 사고 현장에서 사고를 즉시 인지할 수 있는 경우에 한합니다. 단, 피보험자가 운전석을 벗어난 후 5분(도로교통법상 정차 기준 시간)을 초과하지 아니하고 발생한 사고임이 블랙박스 등을 통하여 입증되는 경우를 포함합니다.

【자동차 운전 후 비탑승중 교통사고 예시】

1. 주·정차를 하고 운전석을 벗어나자마자 차량이 움직이면서 발생한 사고
2. 주·정차 후 하차하기 위해서 개문 중 타 차량 혹은 타인을 충격한 사고
3. 도로에 주·정차한 직후 주행하는 타 차량과의 충격으로 발생한 사고

⑤ 제4항에도 불구하고, 제 1항의 운전 후 비탑승 상태에서 사고라 함은 피보험자가 자동차를 주정차한 이후에 발생한 사고 중 피보험자의 소유, 사용 또는 관리하는 자동차로 발생한 사고를 포함합니다. 단, 제1항의 제2호는 검찰에 의해 기소된 경우에 한하며 제1항의 제3호는 제외됩니다.

⑥ 제1항에서「일반교통사고」라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 【별표17】『교통사고처리특례법 제3조』 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑦ 제6항에서「중대법규위반 교통사고」라 함은 【별표17】『교통사고처리특례법 제3조』 제2항 단서에 해당하는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 및 제1항 제2호의 경우 : 보험가입금액
2. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호의 경우

보험가입금액 3천만원 기준	보험가입금액 5천만원 기준	보험가입금액 7천만원 기준	보험가입금액 1억원 기준	보험가입금액 1.5억원 기준	보험가입금액 2억원 기준	보험가입금액 2.5억원 기준
3천만원			5천만원		7천만원	

② 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1항의 금액을 한도로 보상합니다.

③ 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 피해자의 부상 치료기간, 부상등급이 명시된 진단서 또는 소견서
6. 보험금 지급을 위한 증명서류(자동차보험 사고확인서 등 사고경위를 확인할 수 있는 서류)
7. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호의 경우, 피보험자는 다음의 서류를 추가로 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 중상해 여부를 확인 할 수 있는 진단서 또는 소견서(경찰서 또는 검찰청에 제출된 서류)
2. 불송치 또는 불기소를 증빙할 수 있는 서류(불송치 결정서, 불기소 이유고지서 등)
3. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑤ 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우, 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

⑥ 제5항에 따라 보험회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
3. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
4. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
5. 피해자의 부상 치료기간, 부상등급이 명시된 진단서 또는 소견서
6. 중상해 여부를 확인 할 수 있는 진단서 또는 소견서(경찰서 또는 검찰청에 제출된 서류)
7. 불송치 또는 불기소된 경우, 이를 증빙할 수 있는 서류(불송치 결정서, 불기소 이유 고지서 등)
8. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑦ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 피해자의 공탁금 출급 이전이라 하더라도 회사는 공탁금액의 전부를 제1항의 금액의 70%를 한도로 피보험자에게 가지급하여 보상하여 드립니다. 단, 피해자의 공탁금 출급 이후 잔여 공탁금은 제1항의 금액에서 가지급한 보험금을 차감한 금액을 한도로 추가로 보상합니다.

⑧ 피보험자가 향후 무죄 선고 등으로 공탁금을 회수하는 경우 피보험자는 지체없이 회사에 알리고 제7항의 가지급 보험금을 반환하여야 합니다.

⑨ 피보험자가 제7항의 가지급금 보험금 수령 후 지급일로부터 3년 이내에 잔여 공탁금을 청구하지 않을 경우, 회사는 보험금 지급사유가 발생하지 않은 것으로 보아 제6항에서 지급한 가지급 보험금에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의

4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전후 비탑승 상태에서 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 무면허운전 후 비탑승 상태 , 제44조 술에 취한 상태에서의 운전 후 비탑승 상태 또는 제45조 약물상태에서 운전 후 비탑승 상태에서 사고를 일으킨 때
8. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전후 비탑승 상태에서 발생한 사고
9. 피보험자 이외의 자가 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 사고

제4조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-3. 자동차사고벌금Ⅱ(대인, 3천만원한도)(비탑승중포함) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 및 운전 후 비탑승 상태에서 급격하고도 우연한 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액을 1사고마다 아래의 금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	보상한도
특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13 제2호에 의한 벌금	벌금액 (3천만원)
상기 이외	벌금액 (2천만원)

【특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13】

자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제1항의 벌금액은 확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.

③ 제1항에서 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제1항에서 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

⑤ 제1항에서 운전 후 비탑승 상태에서 사고라 함은 「운전」 상태에서 벗어난 직후 발생한 사고를 말하며, 사고 발생 시 피보험자가 사고 현장에서 사고를 즉시 인지할 수 있는 경우에 한합니다. 단, 피보험자가 운전석을 벗어난 후 5분(도로교통법상 정차 기준 시간)을 초과하지 아니하고 발생한 사고임이 블랙박스 등을 통하여 입증되는 경우를 포함합니다.

【자동차 운전 후 비탑승중 교통사고 예시】

1. 주·정차를 하고 운전석을 벗어나자마자 차량이 움직이면서 발생한 사고
2. 주·정차 후 하차하기 위해서 개문 중 타 차량 혹은 타인을 충격한 사고
3. 도로에 주·정차한 직후 주행하는 타 차량과의 충격으로 발생한 사고

⑥ 제5항에도 불구하고, 제 1항의운전 후 비탑승 상태에서 사고라 함은 피보험자가 자동차를 주정차한 이후에 발생한 사고 중 피보험자의 소유, 사용 또는 관리하는 자동차로 발생한 사고를 포함합니다.

⑦ 회사는 제1항의 벌금액이 확정되고 보험수익자의 요청이 있는 경우 피보험자가 벌금을 납부하기 전이라 하더라도 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있으며, 보험수익자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 형사재판 확정증명서
2. 법원 판결문 또는 약식 명령문
3. 보험금 지급을 위한 증명서류(자동차보험 사고확인서 등 사고경위를 확인할 수 있는 서류)
4. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 및 운전 후 비탑승 상태에서 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 무면허운전 중, 제44조 술에 취한 상태에서의 운전 중 및 운전 후 비탑승 상태에서 또는 제45조 약물상태에서 운전 중 및 운전 후 비탑승 상태에서 사고를 일으킨 때
8. 피보험자 이외의 자가 운전중 및 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 사고

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금액에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우 벌금액 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 벌금액을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{벌금액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

③ 하나의 사고에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금형 확정의 이유가 아래의 두 가지 사유에 모두 해당하는 경우에는 제1항의 「벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다)」에 「자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금액을 보장하는 계약」도 포함됩니다.

1. 자동차를 운전하던 중 및 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우
2. 자동차를 운전하던 중 및 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금형이 확정된 경우

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-4. 자동차사고벌금Ⅱ(대인, 3천만원한도)(비탑승중)(기가입자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 후 비탑승 상태에서 급격하고도 우연한 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액을 1사고마다 아래의 금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	보상한도
특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13 제2호에 의한 벌금	벌금액 (3천만원)
상기 이외	벌금액 (2천만원)

【특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13】

자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제1항의 벌금액은 확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.

③ 제1항에서 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제1항에서 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

⑤ 제1항에서 운전 후 비탑승 상태에서 사고라 함은 「운전」 상태에서 벗어난 직후 발생한 사고를 말하며, 사고 발생 시 피보험자가 사고 현장에서 사고를 즉시 인지할 수 있는 경우에 한합니다. 단, 피보험자가 운전석을 벗어난 후 5분(도로교통법상 정차 기준 시간)을 초과하지 아니하고 발생한 사고임이 블랙박스 등을 통하여 입증되는 경우를 포함합니다.

【자동차 운전 후 비탑승중 교통사고 예시】

1. 주·정차를 하고 운전석을 벗어나자마자 차량이 움직이면서 발생한 사고
2. 주·정차 후 하차하기 위해서 개문 중 타 차량 혹은 타인을 충격한 사고
3. 도로에 주·정차한 직후 주행하는 타 차량과의 충격으로 발생한 사고

⑥ 제5항에도 불구하고, 제1항의 운전 후 비탑승 상태에서 사고라 함은 피보험자가 자동차를 주정차한 이후에 발생한 사고 중 피보험자의 소유, 사용 또는 관리하는 자동차로 발생한 사고를 포함합니다.

⑦ 회사는 제1항의 벌금액이 확정되고 보험수익자의 요청이 있는 경우 피보험자가 벌금을 납부하기 전이라 하더라도 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있으며, 보험수익자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 형사재판 확정증명서
2. 법원 판결문 또는 약식 명령문
3. 보험금 지급을 위한 증명서류(자동차보험 사고확인서 등 사고경위를 확인할 수 있는 서류)
4. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전 후 비탑승 상태에서 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 무면허운전 중, 제44조 술에 취한 상태에서의 운전 후 비탑승 상태에서 또는 제45조 약물상태에서 운전 중 사고를 일으킨 때
8. 피보험자 이외의 자가 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 사고

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금액에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우 벌금액 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 벌금액을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{벌금액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

③ 하나의 사고에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금형 확정의 이유가 아래의 두 가지 사유에 모두 해당하는 경우에는 제1항의 「벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다)」에 「자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금액을 보장하는 계약」도 포함됩니다.

1. 자동차 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우
2. 자동차 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금형이 확정된 경우

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-5. 자동차사고벌금(대물) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우 벌금액(확정 판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 1사고당 500만원을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항에서 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

④ 회사는 제1항의 벌금액이 확정되고 보험수익자의 요청이 있는 경우 피보험자가 벌금을 납부하기 전이라 하더라도 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있으며, 보험수익자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 형사재판 확정증명서
2. 법원 판결문 또는 약식 명령문
3. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 무면허운전 중, 제44조 술에 취한 상태에서의 운전 중 또는 제45조 약물상태에서 운전 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금액에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우 벌금액 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 벌금액을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{벌금액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

③ 하나의 사고에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금형 확정의 이유가 아래의 두 가지 사유에 모두 해당하는 경우에는 제1항의 「벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다)」에 「자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액을 보장하는 계약」도 포함됩니다.

1. 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우
2. 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금형이 확정된 경우

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-6. 자동차사고성형치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자가용 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고의 직접적인 결과로 인하여 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 위해 사고일로부터 1년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우에는 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차사고성형치료비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 미용을 위한 성형수술을 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에서 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항에서 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 같은 사고로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
7. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
8. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-7. 민사소송 법률비용손해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 법률비용을 제3조(법률비용보험금)와 제4조(보험금의 지급한도)에 정한 바에 따라 보상합니다.

회사가 보상하는 소송사건은 대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.

심급 구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

② 제1항의 소송은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 「심급별」 이라 합니다)을 말하며 이 계약에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

③ 제1항의 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 제2항에 정한 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

【용어정의】

용어	정의
소송제기의 원인이 되는 사건	소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다. - 채무불이행/부당이득의 경우: 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건 - 손해배상의 경우: 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건
연간 하나의 사건	보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 1년이 되는 마지막 날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인 간에 발생한 법적 분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.
하나의 소송	대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호 문자에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법에 정한 파기 환송심, 재심은 제외합니다.) 다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(민사소송법 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고에 의한 손해
4. 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해

5. 「민사소송법」에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
6. 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(「상법」상 회사, 「민법」상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 「소비자기본법」 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송
9. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 정한 금융투자 상품에 관련된 소송
10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
11. 「노동조합 및 노동관계조정법」에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
12. 「독점규제 및 공정거래에 관련 법률」, 「증권관련집단소송법」에 관련된 소송
13. 가입여부와 관계없이 「자동차손해배상보장법」, 「산업재해보상보험법」 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험 (공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)를 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용
14. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
15. 소송의 결과에 따라 피보험자가 민사소송상대 측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
16. 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
18. 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

【용어정의】

용어	정의
소의 취하	민사소송법 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심절차에 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다.)에 대해 취하하는 것을 말합니다.
소의 각하	민사소송법 제254조(재판장의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심절차에 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다.) 장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.
가족	1)피보험자의 부모와 양부모 2)피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모 3)피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자 4)피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀 5)피보험자의 며느리 6)피보험자의 사위 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와 의 관계를 말합니다.

제3조(법률비용보험금)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 바에 따라 보험수익자에게 심급별로 아래 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 지급합니다.

1. 【별표8】 「'변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙'에서 정한 변호사 비용」에서 정한 소송목적 값에 따른 변호사 비용의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
2. 【별표9】 「'민사소송 등 인지법'에서 정한 인지액」에서 정한 인지액의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
3. 대법원이 정한 【별표10】 「'송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령'에서 정한 송달료」에서 정한 송달료의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

② 제1항 제1호의 경우 보험증권에 기재된 자기부담금을 공제하고 지급하며, 제1항에 각 호에 대해 종국판결 결과의

변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

제4조(보험금의 지급한도)

회사가 지급하여야 할 제3조(법률비용보험금)의 법률비용 보험금은 심급별로 아래와 같이 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 합니다.

구분	변호사비용	인지액 + 송달료
지급금액	1,500만원 한도(1사고당 자기부담금 10만원)	500만원 한도

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
2. 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리 하여 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 보험금지급을 위한 증명서(소장, 소송상 조정, 소송상 화해시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제7조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

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

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제2항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대사유 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 값을 손해액에서 뺍니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다.)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제11조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않았을 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제12조(타인을 위한 보험계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

> **【타인을 위한 계약】**
> 계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제13조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

> **【계약자적립액】**
> 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제14조(특별약관의 해지)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 회사는 보통약관 제38조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-8. 민사소액사건 변호사선임비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 "변호사선임비용"이라 합니다.)를 「1사고」 마다 제3조(법률비용보험금)과 제6조(보험금의 지급한도)에 정한 바에 따라 보상합니다.

회사가 보상하는 소송사건은 대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.

구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사소액사건	가소

② 제 1항의 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 하나의 소송에 한합니다.

【용어정의】

용어	정의
소송제기의 원인이 되는 사건	소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다. - 채무불이행/부당이득의 경우: 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건 - 손해배상의 경우: 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건
연간 하나의 사건	보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 1년이 되는 마지막 날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인 간에 발생한 법적 분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.
하나의 소송	대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호 문자에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법에 정한 파기 환송심, 재심은 제외합니다.) 다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(민사소송법 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고에 의한 손해
4. 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. 「민사소송법」에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
6. 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(「상법」 상 회사, 「민법」 상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 「소비자기본법」 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송

9. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 정한 금융투자 상품에 관련된 소송
10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
11. 「노동조합 및 노동관계조정법」에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
12. 「독점규제 및 공정거래에 관련 법률」, 「증권관련집단소송법」에 관련된 소송
13. 가입여부와 관계없이 「자동차손해배상보장법」, 「산업재해보상보험법」 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험 (공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)를 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용
14. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
15. 소송의 결과에 따라 피보험자가 민사소송상대 측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
16. 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
18. 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송
19. 소송사건의 사건부호가 소계속중 '가소' 외 다른 사건부호로 변경되는 경우

【용어정의】

용어	정의
소의 취하	민사소송법 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심절차에 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다.)에 대해 취하하는 것을 말합니다.
소의 각하	민사소송법 제254조(재판장의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심절차에 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다.) 장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.
가족	1)피보험자의 부모와 양부모 2)피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모 3)피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자 4)피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀 5)피보험자의 며느리 6)피보험자의 사위 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와 의 관계를 말합니다.

제3조(법률비용보험금)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 바에 따라 보험수익자에게 아래에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 지급합니다.
【별표8】 「'변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙'에서 정한 변호사 비용」에서 정한 소송목적 값에 따른 변호사 비용의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액

② 제1항의 경우 보험증권에 기재된 자기부담금을 공제하고 지급하며, 제1항에 에 대해 종국판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

제4조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우 변호사선임비용 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 변호사선임비용을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{변호사선임비용} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 보험금지급을 위한 증명서(소장, 소송상 조정, 소송상 화해시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제6조(보험금의 지급한도)

회사가 지급하여야 할 변호사선임비는 아래와 같이 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 합니다.

구분	변호사비용
지급금액	250만원 한도(1사고당 자기부담금 10만원)

제7조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
2. 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리 하여 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제8조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대사유 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 값을 손해액에서 뺍니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다.)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제11조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않았을 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제12조(타인을 위한 보험계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

> **【타인을 위한 계약】**
> 계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제13조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

> **【계약자적립액】**
> 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제14조(특별약관의 해지)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 회사는 보통약관 제38조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-9. 교통사고처리지원금(중대법규위반,6주미만)Ⅱ 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차 중 이륜자동차는 제외합니다)를 운전하던 중 사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다)에게 아래의 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 「중대법규위반 교통사고」로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 미만의 치료를 요한다는 진단을 받은 경우(단, 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표7】『자동차사고부상 등급표」의 부상등급을 받은 경우에 한합니다)

② 제1항에서 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항에서 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

④ 제1항에서 「중대법규위반 교통사고」라 함은 【별표17】『교통사고처리특례법 제3조』제2항 단서에 해당하는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

구분	보험가입금액 300만원 기준	보험가입금액 500만원 기준	보험가입금액 700만원 기준	보험가입금액 1000만원 기준
28일(4주)미만 진단시	150만원	150만원	200만원	500만원
28일(4주)이상 42일(6주)미만 진단시	300만원	500만원	700만원	1,000만원

② 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1항의 금액을 한도로 보상합니다.

③ 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

④ 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우, 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

⑤ 제4항에 따라 보험회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
3. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
4. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑥ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 피해자의 공탁금 출급

이전이라 하더라도 회사는 공탁금액의 전부를 제1항의 금액의 70%를 한도로 피보험자에게 가지급하여 보상하여 드립니다. 단, 피해자의 공탁금 출급 이후 잔여 공탁금은 제1항의 금액에서 가지급한 보험금을 차감한 금액을 한도로 추가로 보상합니다.

⑦ 피보험자가 향후 무죄 선고 등으로 공탁금을 회수하는 경우 피보험자는 지체없이 회사에 알리고 제6항의 가지급 보험금을 반환하여야 합니다.

⑧ 피보험자가 제6항의 가지급금 보험금 수령 후 지급일로부터 3년 이내에 잔여 공탁금을 청구하지 않을 경우, 회사는 보험금 지급사유가 발생하지 않은 것으로 보아 제6항에서 지급한 가지급 보험금에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 무면허운전 중, 제44조 술에 취한 상태에서의 운전 중 또는 제45조 약물상태에서 운전 중 사고를 일으킨 때
8. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제4조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-10. 가족과실치사상벌금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 대한민국 내에서 「형법」 제266조(과실치상) 또는 「형법」 제267조(과실치사)에 따른 벌금형(단, 특별법 위반을 포함한 벌금형은 제외)이 확정 판결 되었을 때 1사고마다 아래의 금액을 한도로 벌금형에 해당하는 금액(보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 보험수익자에게 지급합니다.

구분		보상한도
가족과실치사상벌금	형법 제266조에 의한 벌금	벌금액(500만원 한도)
	형법 제267조에 의한 벌금	벌금액(700만원 한도)

제2조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서 피보험자라 함은 다음 각 호의 사람을 말합니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 '피보험자 본인'이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 '배우자'라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 주민등록상 동거중인 동거 친족(「민법」 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자의 관계는 사고 발생 당시의 관계를 말합니다.

【민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위】
8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 가족과실치사상벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의
2. 계약자 및 이들의 법정대리인의 고의
3. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 고용인 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족의 고의
4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 발생한 사고
5. 피보험자가 사고를 일으키고 도주하였을 때
6. 피보험자가 「형법」 제260조(폭행), 「형법」 제261조(특수폭행)과 경합된 사고

제5조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(고소장, 최종 확정 판결문 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다.)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제7조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제8조(타인을 위한 보험계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

> **【타인을 위한 계약】**
> 계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

> **【계약자적립액】**
> 장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제10조(특별약관의 해지)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 회사는 보통약관 제38조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-11. 업무상과실중과실치사상벌금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 대한민국 내에서 「형법」 제268조(업무상 과실·중과실치사상)에 따른 벌금형(단, 특별법 위반을 포함한 벌금형은 제외)이 확정 판결 되었을 때 1사고마다 2,000만원을 한도로 벌금형에 해당하는 금액(보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 보험수익자에게 지급합니다.

【형법제268조(업무상과실 · 중과실치사상)】

업무상 과실 또는 중대한 과실로 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

【형법제268조의 특별법】

- 건설기술 진흥법 제86조 제1항
- 고압가스 안전관리법 제38조 제3항
- 교통사고처리특례법 제3조 제1항
- 도시가스사업법 제48조 제9항
- 산업안전보건법 제66조의 2
- 송유관 안전관리법 제13조 제5항
- 시설물의 안전관리에 관한 특별법 제64조의 제2항
- 액화석유가스의 안전관리 및 사업법 제65조 제4항
- 위험물안전관리법 제34조 제2항
- 장기등 이식에 관한 법률 제47조 제2항 및 제3항
- 저수지·댐의 안전관리 및 재해예방에 관한 법률 제30조 제4항
- 전기공사업법 제41조 제2항
- 주택법 제99조 제2항
- 환경범죄 등의 단속 및 가중처벌에 관한 법률 제5조 제2항

※ 상기 특별법이 변경될 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 업무상과실·중과실치사상벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의
2. 계약자 및 이들의 법정대리인의 고의
3. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 고용인 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족의 고의
4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 발생한 사고
5. 피보험자가 사고를 일으키고 도주하였을 때
6. 피보험자가 「형법」 제260조(폭행), 「형법」 제261조(특수폭행)과 경합된 사고

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(고소장, 최종 확정 판결문 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인

방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다.)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제6조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제7조(타인을 위한 보험계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

> **【타인을 위한 계약】**
> 계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

> **【계약자적립액】**
> 장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제9조(특별약관의 해지)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 회사는 보통약관 제38조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-12. 자동차사고변호사선임비Ⅱ(심급별 500만원 한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연한 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 아래의 어느 하나에 해당되는 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 "변호사선임비용"이라 합니다.)를 「1사고」 마다 자기부담금 50%를 차감하여 「소송의 심급별」 제4항에 기재된 금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 구속영장에 의하여 구속된 경우
2. 검찰에 의해 공소제기(이하 "기소"라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다.)된 경우
3. 검사에 의해 약식기소 되었으나 「형사소송법」 제450조에 의거, 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차로 재판이 진행되는 경우 또는 같은 법 제453조에 의거 검사 또는 피보험자가 정식재판을 청구하는 경우
4. 피보험자가 경찰 조사 후 불송치된 경우(단, 타인을 사망하게 한 경우, 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 부상등급 1급, 2급, 3급에 해당하는 부상("중대법규위반 교통사고"에 해당하지 않는 경우에 한합니다)을 입힌 경우 또는 "중대법규위반 교통사고"로 타인의 신체에 상해를 입힌 경우에 한합니다)
5. 검찰에 의해 약식기소 또는 불기소된 경우(단, 타인을 사망하게 한 경우, 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 부상등급 1급, 2급, 3급에 해당하는 부상("중대법규위반 교통사고"에 해당하지 않는 경우에 한합니다)을 입힌 경우 또는 "중대법규위반 교통사고"로 타인의 신체에 상해를 입힌 경우에 한합니다)

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 운전 후 비탑승 상태에서 급격하고도 우연한 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 아래의 어느 하나에 해당되는 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 "변호사선임비용"이라 합니다.)를 「1사고」 마다 마다 자기부담금 50%를 차감하여 「소송의 심급별」 제4항에 기재된 금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 구속영장에 의하여 구속된 경우
2. 검찰에 의해 공소제기(이하 "기소"라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다.)된 경우
3. 검사에 의해 약식기소 되었으나 「형사소송법」 제450조에 의거, 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차로 재판이 진행되는 경우 또는 같은 법 제453조에 의거 검사 또는 피보험자가 정식재판을 청구하는 경우
4. 피보험자가 경찰 조사 후 불송치된 경우(단, 타인을 사망하게 한 경우에 한합니다)
5. 검찰에 의해 약식기소 또는 불기소된 경우(단, 타인을 사망하게 한 경우에 한합니다)
6. 피보험자가 경찰 조사 후 불송치된 경우(단, 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 부상등급 1급, 2급, 3급에 해당하는 부상("중대법규위반 교통사고"에 해당하지 않는 경우에 한합니다)을 입힌 경우에 한합니다.)
7. 검찰에 의해 약식기소 또는 불기소된 경우(단, 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 부상등급 1급, 2급, 3급에 해당하는 부상("중대법규위반 교통사고"에 해당하지 않는 경우에 한합니다)을 입힌 경우에 한합니다)

③ 제1항 및 제2항의 「1사고」 라 함은 하나의 자동차를 운전하던 중 교통사고 및 운전 후 비탑승 상태의 사고를 말하며, 「소송의 심급별」 이라 함은 1심 소송(경찰조사포함), 그 1심 소송에 대한 항소심(2심), 그 항소심(2심)에 대한 상고심(3심) 각각을 말합니다. 1사고로 항소심, 상고심을 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 실제로 부담한 변호사선임비용을 각 심급별로 합하여 이 특별약관의 심급별 보상한도 내에서 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 이 특별약관에서 보상하는 소송은 형사소송법상 소송에 한합니다.

④ 제1항 및 제2항의 변호사선임비용은 1사고마다 소송의 심급별로 아래의 금액을 한도로 하며, 해당 심급 변호사선임비용의 50%를 지급금액에서 공제합니다.

구분	보상한도
1심(경찰조사포함)	500만원
항소심(2심)	500만원
상고심(3심)	500만원

⑤ 다수의 심급에 대하여 변호사선임비용을 일괄 부담하는 계약의 경우, 변호사선임비용을 균등 배분한 금액을 각 심급별 변호사선임비용으로 하여 제1항 내지 제4항을 적용합니다.

【보험금 지급 예시】

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 경우

예시1) 1심(경찰조사포함), 항소심 및 상고심 일괄 6,000만원 계약 후 상고심까지 진행된 것이 확인된 경우

⇒ 1심(경찰조사포함), 항소심, 상고심 각 2,000만원 균등 배분

구분	변호사 선임비용	보상한도	보험금 지급액	자기부담금
1심(경찰조사포함)	2,000만원	500만원	500만원	1,000만원
항소심(2심)	2,000만원	500만원	500만원	1,000만원
상고심(3심)	2,000만원	500만원	500만원	1,000만원

예시2) 1심(경찰조사포함) 및 항소심 일괄 1,000만원, 상고심 별도 1,000만원 계약 후 상고심까지 진행된 것이 확인된 경우

⇒ 1심(경찰조사포함) 및 항소심 각 500만원 균등 배분

구분	변호사 선임비용	보상한도	보험금 지급액	자기부담금
1심(경찰조사포함)	500만원	500만원	250만원	250만원
항소심(2심)	500만원	500만원	250만원	250만원
상고심(3심)	1,000만원	500만원	500만원	500만원

2. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 4호 내지 5호 및 제2항의 4호 내지 5호에 해당하는 경우

예시3) 1심(경찰조사포함), 항소심 및 상고심 일괄 1,500만원 계약 후 1심(경찰조사포함)까지 진행된 것이 확인된 경우

⇒ 1심(경찰조사포함), 항소심 및 상고심 각 500만원 균등 배분

구분	변호사 선임비용	보상한도	보험금 지급액	자기부담금
1심(경찰조사포함)	500만원	500만원	250만원	250만원
항소심(2심)	500만원		-	
상고심(3심)	500만원		-	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「약식기소」라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「중대법규위반 교통사고」라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서【별표19】『교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서』에 해당되는 사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표7】 자동차사고부상등급표 참조)의 부상등급을 받은 경우를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「운전」 이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 자동차 운전 후 비탑승 상태에서 사고라 함은 피보험자가 제4항의 상태에서 벗어난 직후 발생한 사고를 말하며, 사고 발생시 피보험자가 사고 현장에서 사고를 즉시 인지할 수 있는 경우에 한합니다. 단, 피보험자가 운전석을 벗어난 후 5분(도로교통법상 정차 기준 시간)을 초과하지 아니하고 발생한 사고임이 블랙박스 등을 통하여 입증되는 경우를 포함합니다.

【자동차 운전 후 비탑승중 교통사고 예시】

1. 주·정차를 하고 운전석을 벗어나자마자 차량이 움직이면서 발생한 사고
2. 주·정차 후 하차하기 위해서 개문 중 타 차량 혹은 타인을 충격한 사고
3. 도로에 주·정차한 직후 주행하는 타 차량과의 충격으로 발생한 사고

⑥ 제5항에도 불구하고, 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 운전 후 비탑승 상태에서 사고라 함은 피보험자가 자동차를 주정차한 이후에 발생한 사고 중 피보험자의 소유, 사용 또는 관리하는 자동차로 발생한 사고를 포함합니다. 단,

제1조 제2항의 제1호 내지 제5호에 한하며, 제1조 제2항의 제6호 내지 제7호는 제외합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 경우, 타인을 사망하게 하거나 "중대법규위반 교통사고"로 타인의 신체에 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표7】 자동차사고부상등급표의 상해등급 중 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 상해를 입혀 변호사선임을 확정한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 변호사선임비용의 일부를 변호사에게 직접 지급할 수 있습니다. 단, 회사는 선임된 변호사가 변호사선임비용을 장래에 지급받는 조건으로 약정하고 보험수익자가 이 특별약관에 따라 변호사에게 직접 지급되는 보험금에 대한 청구권을 포기한 경우 지급합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우, 타인을 사망하게 하여 변호사선임을 확정한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 변호사선임비용의 일부를 변호사에게 직접 지급할 수 있습니다. 단, 회사는 선임된 변호사가 변호사선임비용을 장래에 지급받는 조건으로 약정하고 보험수익자가 이 특별약관에 따라 변호사에게 직접 지급되는 보험금에 대한 청구권을 포기한 경우 지급합니다.

⑨ 제7항 및 제8항에 따라 회사가 변호사에게 직접 지급하는 변호사선임비용은 실제 발생한 변호사선임비용의 70% 이내의 금액 중 피보험자가 요청한 금액으로 하며, 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 변호사선임비용 한도의 70%를 한도로 합니다.

⑩ 판결 이후 잔여 변호사선임비용은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 금액에서 이미 지급한 보험금을 차감한 금액을 한도로 하여 보험수익자에게 지급합니다.

⑪ 회사가 제7항 및 제8항에 따라 지급한 보험금이 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하지 않는 경우 또는 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우 피보험자는 이를 지체없이 회사에 알리고 이미 지급받은 보험금을 반환해야 합니다.

⑫ 회사가 제7항 및 제8항에 따라 지급한 보험금 지급일로부터 피보험자가 3년 이내에 잔여 변호사선임비용을 청구하지 않을 경우, 회사는 보험금 지급사유가 발생하지 않은 것으로 보아 이미 지급한 보험금에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 및 운전 후 비탑승 상태에서 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 무면허운전 중, 제44조 술에 취한 상태에서의 운전 중 및 운전 후 비탑승 상태에서 또는 제45조 약물상태에서 운전 중 및 운전 후 비탑승 상태에서 사고를 일으킨 때
8. 피보험자 이외의 자가 운전중 및 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 사고

제4조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보장책임액의 합계액이 각 계약의 보장대상 변호사선임비용 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과했을 때, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = (\text{각 계약의 보장대상 변호사선임비용 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \frac{\text{각 계약별 보장책임액}}{\text{각 계약별 보장책임액의 합계액}}$$

주1) 보장대상 변호사선임비용 : 보험금 지급사유에 따라 변호사선임비용으로 실제로 부담한 금액 (단, 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 금액은 제외)

주2) 보장책임액 : (보장대상 변호사선임비용 - 피보험자부담 공제금액)과 보상한도 중 작은 금액

【보험금의 비례분담 예시】

[사례 : 다른 계약이 체결되어 있는 경우 보험금의 분담]

피보험자의 실제 변호사선임비용(보장대상 변호사선임비용) 1,200만원

〈계약1(하나손해보험)〉
보상한도 500만원, 공제금액 실제 변호사비용의 50%
피보험자부담 공제금액 600만원(실제 변호사선임비용의 50%)
보장책임액 = {min(1,200 - 600, 500)} = 500만원

〈계약2〉
보상한도 300만원, 공제금액 실제 변호사비용의 60%
피보험자부담 공제금액 720만원(실제 변호사선임비용의 60%)
보장책임액 = {min(1,200 - 720, 300)} = 300만원

이 경우, 피보험자는 **계약1(하나손해보험)에서 375만원을 보상**받고, **계약2에서 225만원을 보상** 받습니다.

$$\Rightarrow \text{계약1} : (1{,}200\text{만원} - 600\text{만원}) \times \frac{\text{계약1(500만원)}}{\text{계약1(500만원)+계약2(300만원)}} = \textbf{375만원}$$

$$\Rightarrow \text{계약2} : (1{,}200\text{만원} - 600\text{만원}) \times \frac{\text{계약2(300만원)}}{\text{계약1(500만원)+계약2(300만원)}} = \textbf{225만원}$$

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 심급별 세금계산서)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제7항 및 제8항에 따라 보험금을 청구할 때에는 보험수익자 또는 계약자는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 심급별 세금계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 보험금(변호사선임비용) 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사양식)
5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-13. 자동차사고변호사선임비용(V) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연한 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 아래의 어느 하나에 해당되는 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 "변호사선임비용"이라 합니다.)를 「1사고」 마다 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 구속영장에 의하여 구속된 경우
2. 검찰에 의해 공소제기(이하 "기소"라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다.)된 경우
3. 검사에 의해 약식기소 되었으나 「형사소송법」 제450조에 의거, 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차로 재판이 진행되는 경우 또는 같은 법 제453조에 의거 검사 또는 피보험자가 정식재판을 청구하는 경우
4. 피보험자가 경찰 조사 후 불송치된 경우(단, 타인을 사망하게 한 경우, 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 부상등급 1급, 2급, 3급에 해당하는 부상("중대법규위반 교통사고"에 해당하지 않는 경우에 한합니다)을 입힌 경우 또는 "중대법규위반 교통사고"로 타인의 신체에 상해를 입힌 경우에 한합니다)
5. 검찰에 의해 약식기소 또는 불기소된 경우(단, 타인을 사망하게 한 경우, 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 부상등급 1급, 2급, 3급에 해당하는 부상("중대법규위반 교통사고"에 해당하지 않는 경우에 한합니다)을 입힌 경우 또는 "중대법규위반 교통사고"로 타인의 신체에 상해를 입힌 경우에 한합니다)

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 운전 후 비탑승 상태에서 급격하고도 우연한 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 아래의 어느 하나에 해당되는 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 "변호사선임비용"이라 합니다.)를 「1사고」 마다 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 구속영장에 의하여 구속된 경우
2. 검찰에 의해 공소제기(이하 "기소"라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다.)된 경우
3. 검사에 의해 약식기소 되었으나 「형사소송법」 제450조에 의거, 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차로 재판이 진행되는 경우 또는 같은 법 제453조에 의거 검사 또는 피보험자가 정식재판을 청구하는 경우
4. 피보험자가 경찰 조사 후 불송치된 경우(단, 타인을 사망하게 한 경우에 한합니다)
5. 검찰에 의해 약식기소 또는 불기소된 경우(단, 타인을 사망하게 한 경우에 한합니다)
6. 피보험자가 경찰 조사 후 불송치된 경우(단, 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 부상등급 1급, 2급, 3급에 해당하는 부상("중대법규위반 교통사고"에 해당하지 않는 경우에 한합니다)을 입힌 경우에 한합니다)
7. 검찰에 의해 약식기소 또는 불기소된 경우(단, 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 부상등급 1급, 2급, 3급에 해당하는 부상("중대법규위반 교통사고"에 해당하지 않는 경우에 한합니다)을 입힌 경우에 한합니다)

③ 제1항 및 제2항의 변호사선임비용은 1사고마다 5백만원을 한도로 합니다.

구분	보험가입금액	보상한도
변호사선임비용	5백만원 기준	5백만원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「약식기소」라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「중대법규위반 교통사고」라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서【별표19】『교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서』에 해당되는 사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표7】 자동차사고부상등급표 참조)의 부상등급을 받은 경우를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는

동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「운전」 이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 자동차 운전 후 비탑승 상태에서 사고라 함은 피보험자가 제4항의 상태에서 벗어난 직후 발생한 사고를 말하며, 사고 발생시 피보험자가 사고 현장에서 사고를 즉시 인지할 수 있는 경우에 한합니다. 단, 피보험자가 운전석을 벗어난 후 5분(도로교통법상 정차 기준 시간)을 초과하지 아니하고 발생한 사고임이 블랙박스 등을 통하여 입증되는 경우를 포함합니다.

【자동차 운전 후 비탑승중 교통사고 예시】

1. 주·정차를 하고 운전석을 벗어나자마자 차량이 움직이면서 발생한 사고
2. 주·정차 후 하차하기 위해서 개문 중 타 차량 혹은 타인을 충격한 사고
3. 도로에 주·정차한 직후 주행하는 타 차량과의 충격으로 발생한 사고

⑥ 제5항에도 불구하고, 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 운전 후 비탑승 상태에서 사고라 함은 피보험자가 자동차를 주정차한 이후에 발생한 사고 중 피보험자의 소유, 사용 또는 관리하는 자동차로 발생한 사고를 포함합니다. 단, 제1조 제2항의 제1호 내지 제5호에 한하며, 제1조 제2항의 제6호 내지 제7호는 제외합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「1사고」라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며, 「1사고」로 항소심, 상소심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 경우, 타인을 사망하게 하거나 "중대법규위반 교통사고"로 타인의 신체에 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표7】 자동차사고부상등급표의 상해등급 중 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 상해를 입혀 변호사선임을 확정한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 변호사선임비용의 일부를 변호사에게 직접 지급할 수 있습니다. 단, 회사는 선임된 변호사가 변호사선임비용을 장래에 지급받는 조건으로 약정하고 보험수익자가 이 특별약관에 따라 변호사에게 직접 지급되는 보험금에 대한 청구권을 포기한 경우 지급합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우, 타인을 사망하게 하여 변호사선임을 확정한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 변호사선임비용의 일부를 변호사에게 직접 지급할 수 있습니다. 단, 회사는 선임된 변호사가 변호사선임비용을 장래에 지급받는 조건으로 약정하고 보험수익자가 이 특별약관에 따라 변호사에게 직접 지급되는 보험금에 대한 청구권을 포기한 경우 지급합니다.

⑩ 제8항 및 제9항에 따라 회사가 변호사에게 직접 지급하는 변호사선임비용은 실제 발생한 변호사선임비용의 70% 이내의 금액 중 피보험자가 요청한 금액으로 하며, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 변호사선임비용 한도의 70%를 한도로 합니다.

⑪ 판결 이후 잔여 변호사선임비용은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 금액에서 이미 지급한 보험금을 차감한 금액을 한도로 하여 보험수익자에게 지급합니다.

⑫ 회사가 제8항 및 제9항에 따라 지급한 보험금이 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하지 않는 경우 또는 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우 피보험자는 이를 지체없이 회사에 알리고 이미 지급받은 보험금을 반환해야 합니다.

⑬ 회사가 제8항 및 제9항에 따라 지급한 보험금 지급일로부터 피보험자가 3년 이내에 잔여 변호사선임비용을 청구하지 않을 경우, 회사는 보험금 지급사유가 발생하지 않은 것으로 보아 이미 지급한 보험금에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 및 운전 후 비탑승 상태에서 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 무면허운전 중, 제44조 술에 취한 상태에서의 운전 중 및 운전 후 비탑승 상태에서 또는 제45조 약물상태에서 운전 중 및 운전 후 비탑승 상태에서 사고를 일으킨 때
8. 피보험자 이외의 자가 운전중 및 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 사고

제4조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보장책임액의 합계액이 각 계약의 보장대상 변호사선임비용 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과했을 때, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = (\text{각 계약의 보장대상 변호사선임비용 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \frac{\text{각 계약별 보장책임액}}{\text{각 계약별 보장책임액의 합계액}}$$

주1) 보장대상 변호사선임비용 : 보험금 지급사유에 따라 변호사선임비용으로 실제로 부담한 금액
(단, 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 금액은 제외)

주2) 보장책임액 : (보장대상 변호사선임비용 - 피보험자부담 공제금액)과 보상한도 중 작은 금액

【보험금의 비례분담 예시】

[사례 : 다른 계약이 체결되어 있는 경우 보험금의 분담]

피보험자의 실제 변호사선임비용(보장대상 변호사선임비용) 600만원

〈계약1(하나손해보험)〉

보상한도 500만원, 공제금액 없음
피보험자부담 공제금액 =0원
보장책임액 = {min(600 - 0, 500)} = 500만원

〈계약2〉

보상한도 300만원, 공제금액 실제 변호사비용의 50%
피보험자부담 공제금액 300만원(실제 변호사선임비용의 50%)
보장책임액 = {min(600 - 300, 300)} = 300만원

이 경우, 피보험자는 **계약1(하나손해보험)에서 375만원을 보상**받고, **계약2에서 225만원을 보상** 받습니다.

$$\Rightarrow \text{계약1} : (600\text{만원} - 0\text{원}) \times \frac{\text{계약1(500만원)}}{\text{계약1(500만원)+계약2(300만원)}} = \textbf{375만원}$$

$$\Rightarrow \text{계약2} : (600\text{만원} - 0\text{원}) \times \frac{\text{계약2(300만원)}}{\text{계약1(500만원)+계약2(300만원)}} = \textbf{225만원}$$

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제8항 및 제9항에 따라 보험금을 청구할 때에는 보험수익자 또는 계약자는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 보험금(변호사선임비용) 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사양식)

5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-14. 행정소송 법률비용손해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 법률비용을 제3조(법률비용보험금)와 제4조(보험금의 지급한도)에 정한 바에 따라 보상합니다.

회사가 보상하는 소송사건은 대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.

심급 구분	행정사건	사건별 부호
1심	행정1심사건	구합
	행정1심재정단독사건	구단
항소심	행정항소사건	누
상고심	행정상고사건	두

② 제1항의 소송은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 「심급별」이라 합니다)을 말하며 이 계약에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

③ 제1항의 소송은 제2항에서 정한 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

[용어의 정의]

용어	정의
소송제기의 원인이 되는 사건	소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계를 객관적으로 입증할 수 있는 사건이 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 국가기관 및 행정청으로부터 받은 행정처분을 말합니다.
하나의 소송	대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호 문자에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법주)에 정한 파기환송심, 재심 및 행정소송법에서 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다.) 다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(민사소송법 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

주) 행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 민사소송법을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고에 의한 손해
4. 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. 『행정소송법』(행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 『민사소송법』을 포함합니다)에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
6. 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(「상법」 상 회사, 「민법」 상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 『소비자기본법』 제70조(단체소송의 대상등)에 따라 제기된 소송
9. 『자본시장과 금융투자업에 관한 법률』에 정한 금융투자상품에 관련된 소송

10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
11. 노동조합 및 노동관계조정법에 관련된 쟁의행위, 집회 및 시위에 관한 법률에 관련 된 시위행위에 관련된 소송
12. 『독점규제 및 공정거래에 관련 법률』, 『증권관련집단소송법』에 관련된 소송
13. 가입여부와 관계없이 『자동차손해배상보장법』, 『산업재해보상보험법』 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용
14. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손, 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
15. 소송의 결과에 따라 피보험자가 소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
16. 석면(이를 구성 물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
18. "국민투표무효소송" 및 『공직선거법』이 정한 "선거 무효소송"(공직선거법 제222조), "당선 무효소송"(공직선거법 제223조)
19. 국가 또는 공공단체의 기관이 법률에 위반되는 행위를 한 때에 직접 자기의 법률상 이익과 관계없이 그 시정을 구하기 위하여 제기하는 소송
20. 국가 또는 공공단체의 기관 상호간에 있어서 그 권한의 존부 또는 그 행사에 관하여 다툼이 있는 때 이에 대하여 제기하는 소송으로 국민의 구체적 권익 구제와는 관련이 없는 기관소송(지방의회 또는 교육위원회 의결무효소송, 감독처분에 대한 이의소송 등을 말합니다)
21. 행정청이 당사자의 신청에 대하여 법률상의 응답의무가 있음에도 이를 하지 않는 경우 행정청의 응답을 신속하게 하기 위한 소송

[용어의 정의]

용어	정의
핵연료물질	사용이 끝난 연료를 포함합니다.
핵연료물질에 의하여 오염된 물질	원자핵 분열 생성물을 포함합니다.
소의 취하	행정소송법 및 민사소송법주) 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심절차에 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다.)에 대해 취하하는 것을 말합니다.
소의 각하	행정소송법 및 민사소송법 제254조(재판장의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장의 항소장 심사권), 동법 제 402조(항소심재판장의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심절차에 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다.)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

주) 행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 민사소송법을 말합니다.

제3조(법률비용보험금)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 바에 따라 피보험자에게 심급별로 아래 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 지급합니다.

1. 【별표8】 「'변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙'에서 정한 변호사 비용」에서 정한 소송목적 값에 따른 변호사 비용의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
2. 【별표9】 「'민사소송 등 인지법'에서 정한 인지액」에서 정한 인지액의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
3. 대법원이 정한 【별표10】 「'송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령'에서 정한 송달료」에서 정한 송달료의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

② 제1항 제1호의 경우 보험증권에 기재된 자기부담금을 공제하고 지급하며, 제1항의 각 호에 대해 종국판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

제4조(보험금의 지급한도)

회사가 지급하여야 할 제3조(법률비용보험금)의 법률비용 보험금은 심급별로 아래와 같이 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 합니다.

구분	변호사비용	인지액 + 송달료
지급금액	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원)	500만원 한도

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
2. 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리 하여 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 보험금지급을 위한 증명서(소장, 소송상 조정, 소송상 화해시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제7조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

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

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리 한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 값을 손해액에서 뺍니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다.)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제11조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않았을 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제12조(타인을 위한 보험계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

> **【타인을 위한 계약】**
> 계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제13조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

> **【계약자적립액】**
> 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제14조(특별약관의 해지)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 회사는 보통약관 제38조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-15. 강력범죄피해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 일상생활 중에 다음 각 호에서 정하는 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)에 피해가 발생하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 강력범죄피해 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 「형법」 제24장에서 정하는 살인의 죄
2. 「형법」 제25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
3. 「형법」 제32장에서 정하는 강간과 추행의 죄
4. 「형법」 제38장에서 정하는 절도와 강도의 죄
5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률에 정한 폭력 등의 죄

② 제1항에도 불구하고 제1항에 정한 제1호의 살인, 제2호의 상해와 폭행, 제5호의 폭력 등의 경우에는 사망하거나 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 폭력행위등 처벌에 관한 법률 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해

【폭력행위등 처벌에 관한 법률 제4조(단체등의 구성 · 활동)】

이 법에 규정된 범죄를 목적으로 범죄단체 또는 집단을 구성하거나 구성원으로 활동한 경우 가담 형태에 따라 사형, 무기 또는 2년 이상의 유기징역에 처한다.

2. 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해

【고용관계】

피고용인이 고용인에게 노무를 제공하고, 고용인은 그에 대한 보수를 지급하기로 약정한 관계를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 경찰서 사건신고확인원(관할경찰서장 발행)
3. 의사진단서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 필요한 경우에는 피보험자 또는 그와 세대를 같이 하는 친족 등을 대상으로 사고 상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-16. 교통사고처리지원금(중상해불송치및불기소) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차 중 이륜자동차는 제외합니다)를 운전하던 중 사고(단, 「중대법규위반 교통사고」에 해당하지 않는 경우에 한합니다.)로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다)에게 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급, 또는 3급 외에 해당하는 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 교통사고처리특례법 제3조 위반혐의로 경찰조사 후 불송치되거나, 검찰에 의해 불기소된 경우에는 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 피보험자와 피해자간 형사합의로 인하여 불송치되거나, 불기소된 경우에 한합니다.

② 제1항에서 「중대법규위반 교통사고」라 함은 【별표17】 「교통사고처리특례법 제3조」 제2항 단서에 해당하는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

③ 제1항에서 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제1항에서 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 법원, 경찰서 또는 검찰청에 제출된 의사 진단서 또는 소견서상으로 중상해의 기준에 부합하고, 해당 기관으로부터 확인된 경우에 한하여 제1조(보험금의 지급사유)의 교통사고처리지원금을 지급합니다.

② 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1항의 금액을 한도로 보상합니다.

③ 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
4. 피해자의 부상 치료기간, 부상등급이 명시된 진단서 또는 소견서
5. 중상해 여부를 확인 할 수 있는 진단서 또는 소견서(경찰서 또는 검찰청에 제출된 서류)
6. 불송치 또는 불기소를 증빙할 수 있는 서류(불송치 결정서, 불기소 이유고지서 등)
7. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

④ 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우, 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

⑤ 제4항에 따라 보험회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
3. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
4. 피해자의 부상 치료기간, 부상등급이 명시된 진단서 또는 소견서
5. 중상해 여부를 확인 할 수 있는 진단서 또는 소견서(경찰서 또는 검찰청에 제출된 서류)
6. 불송치 또는 불기소된 경우, 이를 증빙할 수 있는 서류(불송치 결정서, 불기소 이유 고지서 등)
7. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑥ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 피해자의 공탁금 출급

이전이라 하더라도 회사는 공탁금액의 전부를 제1조(보험금의 지급사유)의 금액의 70%를 한도로 피보험자에게 가지급하여 보상하여 드립니다. 단, 피해자의 공탁금 출급 이후 잔여 공탁금은 제1조(보험금의 지급사유)의 금액에서 가지급한 보험금을 차감한 금액을 한도로 추가로 보상합니다.

⑦ 피보험자가 향후 무죄 선고 등으로 공탁금을 회수하는 경우 피보험자는 지체없이 회사에 알리고 제6항의 가지급 보험금을 반환하여야 합니다.

⑧ 피보험자가 제6항의 가지급금 보험금 수령 후 지급일로부터 3년 이내에 잔여 공탁금을 청구하지 않을 경우, 회사는 보험금 지급사유가 발생하지 않은 것으로 보아 제6항에서 지급한 가지급 보험금에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 무면허운전 중, 제44조 술에 취한 상태에서의 운전 중 또는 제45조 약물상태에서 운전 중 사고를 일으킨 때
8. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제4조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-17. 자동차사고벌금Ⅱ(대인, 2천만원초과 1천만원한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연한 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌) 제2호에 해당되는 사고로 받은 벌금액이 2천만원을 초과하는 경우 초과한 벌금액을 1사고당 1천만원 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

【특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13】

자동차(원동기장치자전거를 포함한다)의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

【보험금 지급 예시】

1. 제1조(보험금의 지급사유)의 사유로 실제 벌금액이 2,500만원 발생시
   ⇒ 2,000만원을 초과하는 500만원 지급
2. 제1조(보험금의 지급사유)의 사유로 실제 벌금액이 3,000만원 발생시
   ⇒ 2,000만원을 초과하는 1,000만원 지급
3. 제1조(보험금의 지급사유)의 사유로 실제 벌금액이 500만원 발생시
   ⇒ 2,000만원을 초과하는 벌금이 아니므로 보험금을 지급하지 않음

② 제1항의 벌금액은 확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.

③ 제1항에서 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제1항에서 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

⑤ 회사는 제1항의 벌금액이 확정되고 보험수익자의 요청이 있는 경우 피보험자가 벌금을 납부하기 전이라 하더라도 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있으며, 보험수익자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 형사재판 확정증명서
2. 법원 판결문 또는 약식 명령문
3. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 무면허운전 중, 제44조 술에 취한 상태에서의 운전 중 또는 제45조 약물상태에서 운전 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금액에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우 벌금액 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 벌금액을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{벌금액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

③ 하나의 사고에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금형 확정의 이유가 아래의 두 가지 사유에 모두 해당하는 경우에는 제1항의 「벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다)」에 「자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금액을 보장하는 계약」도 포함됩니다.

1. 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우
2. 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금형이 확정된 경우

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다. 이때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-18. 화재벌금 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 대한민국 내에서 「형법」 제170조(실화) 또는 동법 제171조(업무상실화, 중실화)에 따라 벌금형이 확정 판결되었을 때(보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)에는 1사고당 아래의 금액을 한도로 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
화재 벌금	형법 제170조에 의한 벌금	벌금액(1,500만원 한도)
	형법 제171조에 의한 벌금	벌금액(2,000만원 한도)

② 제1항의 화재벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(각종 공제회에 가입되어 있는 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제2항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

【형법 제170조(실화)에서 정한 죄】

과실로 인하여 물건 또는 타인의 소유에 속하는 물건을 소훼한 자는 1천 500만원 이하의 벌금에 처한다.

【형법 제171조(업무상실화, 중실화)에서 정한 죄】

업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 형법 제170조의 죄를 범한 자는 3년이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의 및 방화
2. 보험수익자의 고의
3. 계약자 또는 이들의 법정대리인의 고의 및 방화
4. 핵연료물질(사용이 끝난 연료 포함) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물 포함)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-19. 가족화재벌금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 대한민국 내에서 「형법」 제170조(실화) 또는 동법 제171조(업무상실화, 중실화)에 따라 벌금형이 확정 판결되었을 때(보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)에는 1사고당 아래의 금액을 한도로 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
화재 벌금	형법 제170조에 의한 벌금	벌금액(1,500만원 한도)
	형법 제171조에 의한 벌금	벌금액(2,000만원 한도)

② 제1항의 화재벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(각종 공제회에 가입되어 있는 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제2항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

【형법 제170조(실화)에서 정한 죄】

과실로 인하여 물건 또는 타인의 소유에 속하는 물건을 소훼한 자는 1천 500만원 이하의 벌금에 처한다.

【형법 제171조(업무상실화, 중실화)에서 정한 죄】

업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 형법 제170조의 죄를 범한 자는 3년이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조(피보험자의 범위)

① 제1조(보상하는 손해)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

1. 「보험증권에 기재된 피보험자」 (이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 '배우자'라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족 (「민법」 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

【민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위】

8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의 및 방화
2. 보험수익자의 고의
3. 계약자 또는 이들의 법정대리인의 고의 및 방화
4. 핵연료물질(사용이 끝난 연료 포함) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물 포함)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-20. 보이스피싱손해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보이스피싱(전화금융사기)사고로 대한민국 내에서 금전적인 손해를 입은(또는 지출한) 경우에는 피보험자가 입은(또는 지출한) 실제 금전손해액의 70%를 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 보이스피싱손해 보험금으로 지급합니다. 다만, 피보험자는 사고가 발생한 경우에 【별표41】『전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법』 제3조에 따라 전기통신금융사기의 피해 구제를 신청하여야 합니다.

제2조(보이스피싱(전화금융사기) 등의 정의)

① "보이스피싱(전화금융사기)"라 함은 사기범이 전화로 피보험자에게 전화를 걸어 공공기관, 금융기관, 수사기관 등을 사칭해 세금환급, 대금연체(신용카드, 이동통신이용료 등), 카드 도용, 카드발급, 출석요구, 거짓 납치사고, 범죄 연루 등을 빌미로 송금을 요구하거나 개인정보 및 금융정보를 탈취하는 수법을 말합니다.

② "실제 금전손해액"이라 함은 보이스피싱(전화금융사기)으로 인하여 송금 · 이체된 금액에서 【별표41】『전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법』 제10조에 의해 지급되는 피해환급금을 제외한 금액을 말합니다.

③ "피해환급금"이라 함은 【별표41】『전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법』 제5조에 따라 금융감독원이 채권소멸절차의 개시 공고 후 소멸된 채권을 기초로 동법 제10조에 따라 금융회사가 피보험자에게 지급하도록 결정한 금액을 의미합니다.

④ "개인정보"라 함은 생존하는 개인의 신상에 관한 정보로서 당해정보에 포함되어 있는 성명, 주소, 생년월일 또는 주민등록번호 등에 의해 당해 개인을 식별할 수가 있는 정보(당해 정보만으로는 특정 개인을 식별할 수 없더라도 다른 정보와 용이하게 결합하여 식별할 수 있는 것을 포함합니다)를 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각 호의 사유로 인하여 발생한 비용 또는 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자 또는 피보험자의 대리인의 고의 또는 범죄행위로 인한 사고(공모한 경우를 포함합니다)
2. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 피보험자와 세대를 같이하는 친족이나 고용인이 고의로 일으킨 손해
3. 피보험자와 생계를 같이하는 배우자 및 직계친족에 의한 사고
4. 【별표41】『전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법』 제10조에 따라 지급 받은 해당금액
5. 제1조(보험금의 지급사유)에 명기된 손해 이외의 일체의 비용 또는 손해
6. 구두 또는 문서에 의한 비방, 중상에 따른 인격권 침해
7. 원인의 직 · 간접을 불문하고, 전쟁(선전포고의 유무를 구분하지 않습니다), 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 상태
8. 영업비밀, 저작권, 특허권 또는 이와 유사한 지적재산권 침해
9. 피보험자가 입은 신체적인 상해, 질병 또는 장해, 정신적 쇼크, 정신적 고통 또는 정신 장해
10. 피보험자가 자발적으로 제3자에게 개인정보를 제공하거나 노출한 경우
11. 차압, 구류, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공단체의 공권력 행사
12. 보험기간 이전에 발생한 사고나 손해로 인하여 보험기간 중에 발생한 손해 또는 비용

【범죄행위】

형법에 규정되어 있는 범죄 및 상법 또는 독점금지법 등의 법률과 같이 특별 처벌규정에 따른 범죄를 말합니다. 그리고 범죄행위에는 형(刑)을 받아야 하지만 집행유예 등에 의하여 형의 집행이 면제되는 경우뿐만 아니라 시효의 완성 등에 따라 형을 받게 되지 않은 경우도 포함합니다.

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 수사기관의 피해신고확인서 등 관련자료
3. 피해자 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 지급정지요청서(「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 시행령별지 제2호)사본
단, 지급정지금액이 없는 경우 피해구제신청서(「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 시행령 별지 제1호)사본 및 지급정지금액 없음을 증명할 수 있는 서류
5. 금융감독원의 '피해환급금 결정 통지서' 또는 객관적으로 피해환급금 수령을 증명할 수 있는 서류
6. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제5조(보험금의 분담)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보이스피싱손해에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제6조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다.)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제7조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제8조(타인을 위한 보험계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

【타인을 위한 계약】
계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제10조(특별약관의 해지)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 회사는 보통약관 제38조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-21. 보복운전피해손해

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자(운전자를 대상으로 합니다.)가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 보복운전의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되고 검찰의 처분결정이 내려진 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 보복운전피해손해 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것))를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

③ 제2항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험금은 매 보복운전피해 발생 시마다 지급합니다. 다만, 1회의 보복운전이 제3조 제1항 각 호의 행위 중 2개 이상의 범죄에 해당하더라도 보복운전피해손해 보험금은 1회에 한하여 보상합니다.

제3조(보복운전과 보복운전 피해의 정의)

① 제1조 제1항에서 "보복운전"이라 함은 자동차를 운전하던 중에 발생한 시비로 인하여 고의로 자동차를 이용하여 특정인에게 상해, 폭행, 협박, 손괴 등을 가하는 행위로서, 다음 각 호에 정하는 범죄에 해당하여 검찰의 처분결정이 내려지는 경우를 말합니다.

1. 「형법」 제258조의2(특수상해)에서 정한 죄
2. 「형법」 제261조(특수폭행)에서 정한 죄
3. 「형법」 제284조(특수협박)에서 정한 죄
4. 「형법」 제369조(특수손괴)에서 정한 죄

② 보복운전으로 인한 제1항 각 호의 범죄를 상습적으로 범하여 가중 처벌되거나 다른 법률에 따라 가중 처벌되는 죄는 보복운전으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 "검찰의 처분결정"이라 함은 검사가 피의자에게 공소제기(이하 '기소'라 하며, 약식기소를 포함합니다) 또는 기소유예처분을 한 것을 말하며, 검사에 의해 기소유예된 때에는 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서를 회사에 제출한 경우(죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있어야 합니다) 피보험자를 보복운전의 피해자로 인정합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자가 상호보복운전으로 기소 또는 기소유예 되는 경우

제5조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 법원의 판결문 또는 검찰의 공소장, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서(죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-22. 자동차사고 민사소송 법률비용손해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 소송사건 중 「자동차사고 손해배상 소송」이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 법률비용을 제3조(법률비용보험금)와 제4조(보험금의 지급한도)에 정한 바에 따라 보상합니다.

회사가 보상하는 소송사건은 대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.

심급 구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

② 제1항의 「자동차사고 손해배상 소송」이라 함은 「자동차손해배상 보장법」에 따른 손해배상청구 소송이며, 「손해배상 사건에 대한 사건명 표시의 구분」 재판예규에 따라 손해배상(자)로 분류된 소송을 말합니다.

③ 제1항의 소송은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 「심급별」이라 합니다)을 말하며 이 계약에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

④ 제1항의 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 제2항에 정한 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고에 의한 손해
4. 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. 「민사소송법」에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
6. 피보험자가 각종 단체(「상법」상 회사, 「민법」상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
7. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
8. 「노동조합 및 노동관계조정법」에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
9. 가입여부와 관계없이 「자동차손해배상보장법」, 「산업재해보상보험법」 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험 (공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)를 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용
10. 소송의 결과에 따라 피보험자가 민사소송상대 측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
11. 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송
12. 자동차보험계약에 의하여 지급이 약정된 사고부담금과 관련된 소송
13. 자동차보험의 자기신체사고, 자동차상해, 무보험차에 의한 상해 약관 등을 청구원인으로 하는 소송 등「자동차손해배상 보장법」의 적용을 받지 않는 민사소송

【용어정의】

용어	정의
소의 취하	민사소송법 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심절차에 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다.)에 대해 취하하는 것을 말합니다.
소의 각하	민사소송법 제254조(재판장의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심절차에 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니 다.) 장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하 고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.
가족	1)피보험자의 부모와 양부모 2)피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모 3)피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자 4)피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀 5)피보험자의 며느리 6)피보험자의 사위 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와 의 관계를 말합니다.

제3조(법률비용보험금)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 바에 따라 보험수익자에게 심급별로 아래 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 지급합니다.

1. 【별표8】 「'변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙'에서 정한 변호사 비용」에서 정한 소송목적 값에 따른 변호사 비용의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
2. 【별표9】 「'민사소송 등 인지법'에서 정한 인지액」의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
3. 대법원이 정한 【별표10】 「'송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령'에서 정한 송달료」에서 정한 송달료의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

② 제1항 제1호의 경우 보험증권에 기재된 자기부담금을 공제하고 지급하며, 제1항에 각 호에 대해 종국판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

제4조(보험금의 지급한도)

회사가 지급하여야 할 제3조(법률비용보험금)의 법률비용 보험금은 심급별로 아래와 같이 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 합니다.

구분	변호사비용	인지액 + 송달료
지급금액	1,500만원 한도(1사고당 자기부담금 10만원)	500만원 한도

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
2. 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리 하여 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사 양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인

방법 포함)

3. 보험금 지급을 위한 증명서(소장, 판결문, 소송상 조정, 소송상 화해 시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제7조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

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

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제2항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대사유 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 값을 손해액에서 뺍니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다.)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제11조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않았을 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제12조(타인을 위한 보험계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

【타인을 위한 계약】

계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제13조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다. 이때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제14조(특별약관의 해지)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 회사는 보통약관 제38조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-23. 급발진 자동차사고 변호사선임비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하는 동안 「급발진 자동차사고 분쟁」이 발생하여, 아래에서 정한 소송사건 중 피보험자가 대한민국 법원에 자동차 제조사를 피고로 소송을 제기하여 소장부본을 피고가 송달받은 경우 변호사선임비용을 실제 부담함으로써 입은 손해(이하 "변호사선임비용"이라 합니다.)를 「1사고」마다 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

회사가 보상하는 소송사건은 대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.

심급 구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소

② 제1항에서「급발진 자동차사고 분쟁」이라 함은 사고의 주요 원인이 자동차의 구동력이 제동력을 초과하여 운전자의 제어를 벗어나 운전자의 의지와 관계없이 현저히 빠른 속도로 가속된 점에 의해 일어났다는 사실에 대한 다툼을 말합니다.

③ 제1항에서 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제1항에서 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

⑤ 제1항에서 「1사고」라 함은 하나의 자동차 급발진사고를 말하며 민사소송법에서 정한 파기환송심, 재심을 제외한 1심소송 동안 피보험자가 부담한 변호사선임비용을 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 무면허운전 중, 제44조 술에 취한 상태에서의 운전 중 또는 제45조 약물상태에서 운전 중 사고를 일으킨 때
8. 「민사소송법」에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우 변호사선임비용 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 변호사선임비용을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{변호사선임비용} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(소장, 접수증명원, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서, 변호사 선임범위를 알 수 있는 사건위임계약서, 경찰서에서 발행한 교통사고 사실 확인원)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-24. 운전면허취소보장(영업용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하는 중 급격하고도 우연한 자동차 사고가 발생하여 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차 운전면허가 행정처분에 의해 취소되었을 때에는 「1사고」 마다 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항의 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 사고를 일으키고 도주하였을 때
2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자가 도로교통법 제43조 무면허운전 중, 제44조 술에 취한 상태에서의 운전 중 또는 제45조 약물상태에서 운전 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-25. 운전면허정지일당(영업용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하는 중 급격하고도 우연한 자동차 사고가 발생하여 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차 운전면허가 행정처분에 의해 일시 정지되었을 때에는 「1사고」 마다 정지 1일당 특별약관의 보험가입금액을 운전면허정지일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 면허정지일당은 면허정지기간 동안 최고 60일을 한도로 지급하며, 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 면허정지일당을 지급하지 않습니다.

② 제1항의 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항의 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

④ 제1항의 「면허정지기간」이라 함은 도로교통공단의 특별교통안전교육을 이수하여 면허정지기간을 감경받았거나 감경받을 수 있는 경우를 차감한 기간을 말합니다. 단, 행정기관의 교정교육을 이수하지 않아 면허정지기간을 감경 받지 못하여 면허정지 처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조회 확인서를 제출할 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 사고를 일으키고 도주하였을 때
2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자가 도로교통법 제43조 무면허운전 중, 제44조 술에 취한 상태에서의 운전 중 또는 제45조 약물상태에서 운전 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

Ⅲ. 재물손해 관련 특별약관

3-0. 재물손해 공통 특별약관

제1조(목적)

이 특별약관은 보험계약자와 보험회사 사이에 피보험자의 재물손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   - 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   - 나. 피보험자: 보험사고로 인하여 손해를 입은 사람.(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 즉, 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말하며, 해당 보험금을 청구할 수 있는 사람을 말합니다.
   - 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   - 라. 보험의 목적: 이 약관에 따라 보험에 가입한 물건으로 보험증권에 기재된 건물 등을 말합니다.
2. 보상 관련 용어
   - 가. 보험가입금액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 지급할 최대 보험금을 말합니다.
   - 나. 보험가액: 재산보험에 있어 피보험 이익을 금전으로 평가한 금액으로 보험목적에 발생할 수 있는 최대 손해액을 말합니다.(회사가 실제 지급하는 보험금은 보험가액을 초과할 수 없습니다)
   - 다. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
   - 라. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
   - 마. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.
   - 바. 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.

제3조(손해의 통지 및 조사)

① 보험의 목적에 손해가 생긴 경우 계약자 또는 피보험자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

② 계약자 또는 피보험자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않습니다.

③ 회사가 제1항의 손해의 사실을 확인하기 어려운 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 필요한 증거자료의 제출을 요청할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항에 대한 통지를 받은 때에는 사고가 생긴 건물 또는 그 구내와 거기에 들어있는 피보험자의 소유물을 조사할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 배상책임의 경우 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제5조(보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제4조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급합니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.



【보험금 가지급제도】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

② 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표12】『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제6조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리 한 때에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.

제7조(손해액의 조사결정)

회사가 보상할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에 있어서의 보험가액에 따라 계산합니다.

제8조(현물보상)

회사는 손해의 일부 또는 전부에 대하여 재건축, 수리 또는 현물의 보상으로써 보험금의 지급에 대신할 수 있습니다.

제9조(잔존물)

회사가 보험금을 지급하고 잔존물을 취득할 의사표시를 하는 경우에는 그 잔존물은 회사의 소유가 됩니다.

제10조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다.)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 회사는 이에 소요되는 비용을 보상합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

⑤ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 임대차계약을 체결하는 등 거주를 허락한 자(이하 '임차인 등')가 실질적으로 보험료를 납부하는 경우, 임차인 등 및 이와 생계를 같이하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 임차인 및 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제11조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴의무」라 하며, 「상법」상 「고지의무」와 같습니다) 합니다.



【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 날부터 1월내에, 계약을 체결한 날부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제12조(계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 보험목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

2. 보험목적을 양도할 때
3. 보험목적 또는 보험목적을 수용하는 건물의 구조를 변경, 개축, 증축하거나 계속하여 15일 이상 수선할 때
4. 보험목적 또는 보험목적을 수용하는 건물의 용도를 변경함으로써 위험이 변경되는 경우
5. 보험목적인 건물 또는 보험목적이 들어 있는 건물을 계속하여 30일 이상 비워두거나 휴업하는 경우
6. 보험목적을 다른 장소로 옮길 때
7. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제13조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제12조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
3. 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
4. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제38조 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다” 라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 손해가 제1항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.

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

제14조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제15조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 보험사고가 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조(보험목적에 대한 조사)

회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 보험목적 또는 이들이 들어있는 건물이나 구내를 조사할 수 있습니다.

제17조(타인을 위한 보험계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.



【타인을 위한 계약】

계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제18조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 보통약관 제38조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제19조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제6조(보험금 지급사유의 통지) , 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급), 제14조(보험수익자의 지정), 제15조(대표자의 지정), 제17조(계약 후 알릴 의무), 제26조(계약의 소멸) 및 제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

3-1. 화재손해 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험기간 중에 보험의 목적이 화재(벼락을 포함합니다. 이하 같습니다) 및 폭발, 파열로 입은 아래의 손해를 보상합니다.

1. 화재 및 폭발, 파열에 따른 손해
2. 화재 및 폭발, 파열에 따른 소방손해(화재진압과정에서 발생하는 손해)
3. 화재 및 폭발, 파열에 따른 피난손해(피난지에서 5일 동안에 보험의 목적에 생긴 제1호 및 제2호의 손해를 포함합니다)



【폭발, 파열】
급격한 산화반응을 포함하는 파괴 또는 그 현상을 말합니다.

② 회사는 제1항에서 보장하는 위험으로 인하여 손해가 발생한 경우 계약자 또는 피보험자가 지출한 다음 각 호의 비용을 추가로 지급합니다.

1. 잔존물제거비용 : 사고현장에서의 잔존물의 해체비용, 청소비용 및 차에 싣는 비용. 다만, 제1항에서 보장하지 않는 위험으로 보험의 목적이 손해를 입거나 관계법령에 의하여 제거됨으로써 생긴 손해에 대하여는 보상하지 않습니다.
2. 손해방지비용 : 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용
3. 대위권 보전비용 : 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용
4. 잔존물 보전비용 : 잔존물을 보전하기 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용. 다만, 3-0. 재물손해 공통 특별약관의 제9조(잔존물)에 의해 회사가 잔존물을 취득한 경우에 한합니다.
5. 기타 협력비용 : 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용



【청소비용】
사고현장 및 인근 지역의 토양, 대기 및 수질 오염물질 제거비용과 차에 실은 후 폐기물 처리비용은 포함되지 않습니다.

③ 이 특별약관에서 보험의 목적이라 함은 보험증권에 기재된 물건으로 아래의 물건을 말합니다.

1. 주택으로만 쓰이는 건물 중 다음의 것 또는 그 수용가재
   가. 단독주택(다중주택, 다가구주택을 포함합니다)
   나. 주택의 부속건물로써 가재만을 수용하는데 쓰이는 것
   다. 연립(다세대)주택, 아파트(주상복합아파트의 주거용도 부분 포함)로서 각 호(실)가 모두 주택으로만 쓰이는 것. 다만, 아파트 내에는 단지 내 상가를 제외한 구내의 부대시설 또는 복리시설을 포함합니다.
2. 주택병용 건물로서 아래의 용도로 사용하는 건물 또는 그 수용가재
   가. 교습소(피아노, 꽃꽂이, 국악, 재봉 및 이와 비슷한 것)
   나. 치료(안수, 침구(침질, 뜸질), 접골, 조산원 및 이와 비슷한 것)

④ 아래의 물건은 보험증권에 기재하여야만 제1항의 보험의 목적이 됩니다.

1. 귀금속, 귀중품, 보옥, 보석, 글·그림, 골동품, 조각물 및 이와 비슷한 것. 단, 상품인 경우는 제외합니다.
2. 원고, 설계서, 도안, 물건의 원본, 모형, 증서, 장부, 금형(쇠틀), 목형(나무틀), 소프트웨어 및 이와 비슷한 것



【귀중품】
무게나 부피가 휴대할 수 있으며, 점당 300만원 이상

⑤ 아래의 물건은 다른 약정이 없으면 제1항의 보험의 목적에 포함됩니다.

1. 건물인 경우

가. 건물의 부속물 : 피보험자 소유인 칸막이, 대문, 담, 곳간 및 이와 비슷한 것

나. 건물의 부착물 : 피보험자 소유인 간판, 네온사인, 안테나, 선전탑 및 이와 비슷한 것

다. 건물의 부속설비 : 피보험자 소유인 전기, 가스, 난방, 냉방설비 및 이와 비슷한 것

2. 건물이외 경우 : 피보험자 또는 그와 같은 세대에 속하는 사람의 소유물(생활용품, 집기·비품 등)

⑥ 아래의 물건은 보험의 목적에 포함되지 않습니다.

1. 통화(기념주화 포함), 유가증권, 인지, 우표 등 이와 비슷한 것
2. 자동차(자동3륜차, 자동2륜차를 포함합니다). 단, 전시용 자동차는 제외합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 다음 각 호와 같은 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해
2. 화재(보험의 목적이 주택인 경우 폭발, 파열 포함)가 났을 때에 생긴 도난 또는 분실로 생긴 손해
3. 보험의 목적의 발효, 자연발열, 자연발화로 생긴 손해. 그러나 자연발열 또는 자연발화로 연소된 다른 보험의 목적에 생긴 손해는 보상합니다.
4. 화재에 기인되지 않는 수도관, 수관 또는 수압기 등의 파열로 생긴 손해
5. 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 지진, 분화(噴火) 또는 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 화재 및 연소 또는 그 밖의 손해
6. 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 인한 손해
7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 발전기, 여자기(정류기 포함), 변류기, 변압기, 전압조정기, 축전기, 개폐기, 차단기, 피뢰기, 배전반 및 그 밖의 전기기기 또는 장치의 전기적 사고로 생긴 손해. 그러나 전기적 사고로 손해가 생긴 그 전기기기 또는 장치 이외의 보험의 목적에 생긴 화재(주택인 경우 폭발, 파열 포함)로 인한 손해는 보상합니다.
9. 국가 및 지방자치단체의 명령에 의한 재산의 소각 및 이와 유사한 손해



【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제3조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 제1조(보상하는 손해) 제1항의 손해에 의한 보험금과 제1조(보상하는 손해) 제2항 잔존물제거비용은 각각 제4조(지급보험금의 계산)을 준용하여 계산하며, 그 합계액은 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 합니다. 다만, 잔존물제거비용은 손해액의 10%를 초과할 수 없습니다.

② 제1조(보상하는 손해) 제2항의 비용손해 중 손해방지비용, 대위권 보전비용 및 잔존물 보전비용은 제4조(지급보험금의 계산)를 준용하여 계산한 금액이 보험가입금액을 초과하는 경우에도 이를 지급합니다.

③ 제1조(보상하는 손해) 제2항의 비용손해 중 기타 협력비용은 보험가입금액을 초과한 경우에도 이를 전액 지급합니다.

제4조(지급보험금의 계산)

① 회사가 지급할 제1조(보상하는 손해)의 손해가 생긴 때에는 1사고마다 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 손해액 전부(보험가액을 한도로 합니다.)를 보상합니다.

② 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다.)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 클 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1인에 대한 보험금 청구권을 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

1. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 계약의 보험가입금액 합계액}}$$

2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계}}$$

③ 하나의 보험가입금액으로 둘 이상의 보험목적을 계약한 경우에는 전체 보험가액에 대한 각 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분하여 제1항 또는 제2항의 규정에 따라 지급보험금을 계산합니다.



【부가설명】

보험가입금액 5억원 가입시
보험목적A : 보험가액 6억원 → 보험가입금액 3억원
보험목적B : 보험가액 4억원 → 보험가입금액 2억원
(합계 10억원) (합계 5억원)
※ 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분 합니다.

④ 이 보험계약이 타인을 위한 보험계약이면서 보험계약자가 다른 계약으로 인하여 「상법」 제682조에 따른 대위권 행사의 대상이 된 경우에는 실제 그 다른 계약이 존재함에도 불구하고 그 다른 계약이 없다는 가정 하에 제1항에 따라 계산한 보험금을 그 다른 보험계약에 우선하여 이 보험계약에서 지급합니다.

⑤ 이 보험계약을 체결한 보험회사가 타인을 위한 보험에 해당하는 다른 계약의 보험계약자에게 「상법」 제682조에 따른 대위권을 행사할 수 있는 경우에는 이 보험계약이 없다는 가정 하에 다른 계약에서 지급받을 수 있는 보험금을 초과한 손해액을 이 보험계약에서 보상합니다.



【상법 제682조(제3자에 대한 보험대위)】

① 손해가 제3자의 행위로 인하여 발생한 경우에 보험금을 지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에서 그 제3자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득한다. 다만, 보험자가 보상할 보험금의 일부를 지급한 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위에서 그 권리를 행사할 수 있다.

② 보험계약자나 피보험자의 제1항에 따른 권리가 그와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우 보험자는 그 권리를 취득하지 못한다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 아니하다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 한 번의 사고에 대하여 회사가 지급한 보험금이 보험에 가입한 금액(이하 「보험가입금액」이라 하며, 보험목적의 가액(이하 「보험가액」이라 합니다)을 한도로 합니다)미만인 때에는 이 특별약관의 보험가입금액은 감액되지 않으며, 보험가입금액 이상인 때에는 그 손해 보상에 대한 보험금을 지급하고, 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 계약이 소멸하는 경우에는 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 3-0. 재물손해 공통 특별약관을 따르고, 3-0. 재물손해 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3-2. 붕괴·침강·사태손해 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 붕괴, 침강 및 사태로 인하여 보험의 목적에 발생한 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

【붕괴】

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

【침강】

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

【사태】

비로 말미암아 산이나 언덕의 토사가 한꺼번에 무너져 내리는 것을 의미함.

제2조(지급보험금의 계산)

① 회사가 지급할 제1조(보상하는 손해)의 손해가 생긴 때에는 1사고마다 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 손해액 전부(보험가액을 한도로 합니다.)를 보장합니다.

② 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다.)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 클 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1인에 대한 보험금 청구권을 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

1. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 계약의 보험가입금액 합계액}}$$

2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계}}$$

③ 하나의 보험가입금액으로 둘 이상의 보험목적을 계약한 경우에는 전체 보험가액에 대한 각 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분하여 제1항 또는 제2항의 규정에 따라 지급보험금을 계산합니다.

【부가설명】

보험가입금액 5억원 가입시
보험목적A : 보험가액 6억원 → 보험가입금액 3억원
보험목적B : 보험가액 4억원 → 보험가입금액 2억원
(합계 10억원) (합계 5억원)
※ 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분 합니다.

④ 이 보험계약이 타인을 위한 보험계약이면서 보험계약자가 다른 계약으로 인하여 「상법」 제682조에 따른 대위권 행사의 대상이 된 경우에는 실제 그 다른 계약이 존재함에도 불구하고 그 다른 계약이 없다는 가정하에 제1항에 따라 계산한 보험금을 그 다른 보험계약에 우선하여 이 보험계약에서 지급합니다.

⑤ 이 보험계약을 체결한 보험회사가 타인을 위한 보험에 해당하는 다른 계약의 보험계약자에게 「상법」 제682조에 따른 대위권을 행사할 수 있는 경우에는 이 보험계약이 없다는 가정하에 다른 계약에서 지급받을 수 있는 보험금을 초과한 손해액을 이 보험계약에서 보상합니다.

【상법 제682조(제3자에 대한 보험대위)】

① 손해가 제3자의 행위로 인하여 발생한 경우에 보험금을 지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에서 그 제3자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득한다. 다만, 보험자가 보상할 보험금의 일부를 지급한 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위에서 그 권리를 행사할 수 있다.

② 보험계약자나 피보험자의 제1항에 따른 권리가 그와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우 보험자는 그 권리를 취득하지 못한다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 아니하다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 보험의 목적이 소멸하여 이 특별약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 3-0. 재물손해 공통 특별약관을 따르고, 3-0. 재물손해 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3-3. 풍수재손해(특수건물) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하 「법」이라 합니다) 제2조 제3호와 동법 시행령(이하 「시행령」 이라 합니다) 제2조 제1항에서 정하는 특수건물(동산은 제외합니다. 이하 「특수건물」이라 합니다.)에 대하여는 다음 각 호의 위험으로 인하여 보험의 목적에 생긴 손해도 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 태풍, 회오리바람, 폭풍, 폭풍우, 홍수, 해일, 범람 및 이와 비슷한 풍재 또는 수재
2. 항공기 또는 그로부터 떨어진 물체

제2조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보험의 목적에 생긴 분실 또는 도난손해
2. 원인의 직접, 간접에 관계없이 풍재 또는 수재로 생긴 파열 또는 폭발의 손해
3. 원인의 직접, 간접에 관계없이 지진 또는 분화로 생긴 손해
4. 풍재 또는 수재와 관계없이 댐 또는 제방이 터지거나 무너져 생긴 손해
5. 바람, 비, 눈, 우박 또는 모래먼지가 들어옴으로써 생긴 손해. 그러나 보험의 목적인 건물 또는 보험목적이 들어 있는 건물이 풍재 또는 수재로 직접 파손되어 보험의 목적에 생긴 손해는 보상합니다.
6. 추위, 서리, 얼음, 눈으로 생긴 손해
7. 풍재의 직접, 간접에 관계없이 보험의 목적인 네온사인장치에 전기식 사고로 생긴 손해 및 건식전구의 필라멘트에 생긴 손해

② 회사는 보험의 목적이 주택인 경우에는 제1항의 제2호의 손해는 보상합니다.

제3조(지급보험금의 계산)

① 회사가 지급할 제1조(보상하는 손해)의 손해가 생긴 때에는 1사고마다 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 손해액 전부(보험가액을 한도로 합니다.)를 보상합니다.

② 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다.)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 클 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1인에 대한 보험금 청구권을 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

1. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 계약의 보험가입금액 합계액}}$$

2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계}}$$

③ 하나의 보험가입금액으로 둘 이상의 보험목적을 계약한 경우에는 전체 보험가액에 대한 각 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분하여 제1항 또는 제2항의 규정에 따라 지급보험금을 계산합니다.

【부가설명】

보험가입금액 5억원 가입시
보험목적A : 보험가액 6억원 → 보험가입금액 3억원
보험목적B : 보험가액 4억원 → 보험가입금액 2억원
(합계 10억원) (합계 5억원)
※ 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분 합니다.

④ 이 보험계약이 타인을 위한 보험계약이면서 보험계약자가 다른 계약으로 인하여 「상법」 제682조에 따른 대위권 행사의 대상이 된 경우에는 실제 그 다른 계약이 존재함에도 불구하고 그 다른 계약이 없다는 가정하에 제1항에 따라 계산한 보험금을 그 다른 보험계약에 우선하여 이 보험계약에서 지급합니다.

⑤ 이 보험계약을 체결한 보험회사가 타인을 위한 보험에 해당하는 다른 계약의 보험계약자에게 「상법」 제682조에 따른 대위권을 행사할 수 있는 경우에는 이 보험계약이 없다는 가정하에 다른 계약에서 지급받을 수 있는 보험금을 초과한 손해액을 이 보험계약에서 보상합니다.

【상법 제682조(제3자에 대한 보험대위)】

① 손해가 제3자의 행위로 인하여 발생한 경우에 보험금을 지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에서 그 제3자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득한다. 다만, 보험자가 보상할 보험금의 일부를 지급한 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위에서 그 권리를 행사할 수 있다.

② 보험계약자나 피보험자의 제1항에 따른 권리가 그와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우 보험자는 그 권리를 취득하지 못한다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 아니하다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 보험의 목적이 소멸하여 이 특별약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 3-0. 재물손해 공통 특별약관을 따르고, 3-0. 재물손해 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3-4. 도난손해 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험의 목적이 강도 또는 절도(그 미수를 포함합니다.)로 인해 도난, 망가짐, 손상 및 파손된 손해(이하 「도난손해」라 합니다.)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

② 제1항에서 주택을 보험목적으로 하는 경우 보험의 목적이라 함은 주택내의 가재(이하 「일반가재」라 합니다.)와 보험증권의 귀중품명세서에 명시된 귀중품(이하 「명기가재」라 합니다.)을 말합니다.

③ 회사는 도난당한 보험목적을 찾은 경우 그에 소요된 정당한 비용은 보상합니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 물건은 보험목적에 포함되지 않습니다.

1. 통화(기념주화 포함), 유가증권, 인지, 우표 등 이와 비슷한 것
2. 자동차(자동3륜차, 자동2륜차를 포함합니다). 단, 전시용 자동차는 제외합니다.

⑤ 제2항에서 보험목적을 주택으로 하는 경우 주택내라 함은 공동주택에 있어서는 베란다를 포함한 전용면적부분을 말하며 복도, 계단, 엘리베이터, 주차장 등의 공용면적부분은 제외합니다. 공동주택 이외 주택의 경우는 옥상 및 담장 내를 말합니다.

【공동주택】

주택법 시행령 제3조에 의거 대지, 벽, 복도, 계단 및 설비 등의 전부 또는 일부를 공동으로 사용하는 각 세대가 하나의 건축물 안에서 각각 독립된 주거생활을 영위할 수 있는 구조로 된 주택을 말합니다. 공동주택은 연립주택 및 아파트로 구분되며, 연립주택은 4층 이하의, 아파트는 5층 이상의 공동주택을 말합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 보험목적에 생긴 아래와 같은 손해에 대하여 보상하지 않습니다.

1. 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 도난
2. 피보험자의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인 또는 감수인(監守人)이 저지르거나 가담한 도난
3. 전쟁, 폭동, 소요 또는 이와 유사한 사변으로 생긴 도난
4. 화재나 지진, 분화, 해일, 폭발 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 도난
5. 보험목적이 건물구내 밖에 있는 동안 생긴 도난
6. 보험목적물의 수용장소를 계속하여 72시간 이상 비워둔 사이에 생긴 도난
7. 보험사고가 생긴 후 30일 이내에 알지 못한 도난
8. 상점, 영업소, 창고 또는 작업장 안에 있는 상품, 원료 또는 영업소용 집기 등을 보험목적으로 한 때에 고객이나 그 밖의 사람에 의한 발품이나 외부 침입의 흔적이 없이 생긴 분실 또는 망실의 손해

제3조(보험금의 청구)

계약자 또는 피보험자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(보험금 등의 청구)의 구비서류 및 도난신고확인원(관할 경찰서장 발행)을 제출하여야 합니다.

제4조(지급보험금의 계산)

① 회사는 제1조(보상하는 손해)의 도난손해가 생긴 때에는 1사고마다 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 손해액 전액을 보상합니다.

② 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다.)이 있는 경우에는 다음 각 호에 따라 지급보험금을 계산합니다.

1. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 계약의 보험가입금액 합계액}}$$

2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계}}$$

제5조(도난품의 귀속)

회사가 도난보험금을 지급하였을 때에는 도난당한 보험목적에 대하여 보험금의 보험가액에 대한 비율로 소유권을 가

집니다. 그러나 피보험자는 그 보험금에 해당하는 금액을 회사에 내고 그 도난품의 소유권을 차지할 수 있습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 보험의 목적이 소멸하여 이 특별약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 3-0. 재물손해 공통 특별약관을 따르고, 3-0. 재물손해 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3-5. 주택(화재) 임시거주비용(1일이상 90일한도) 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용하는 용어의 정의는 아래와 같습니다.

1. 약정복구기간 : 회사와 피보험자가 약정한 최대 복구기간으로 보험의 목적이 손해를 입었던 때로부터 90일간을 말합니다.
2. 추정복구기간 : 보험의 목적을 손해발생 직전의 상태로 복구하기 위하여 통상적으로 필요하다고 인정되는 기간을 말합니다.
3. 복구기간 : 보험금 지급대상이 되는 기간으로, 보험의 목적이 손해를 입은 때로부터 지체없이 이를 복구할 때까지 필요한 기간을 말합니다. 또한 법령의 규제 등 부득이한 사유로 인하여 보험의 목적을 복구하지 않을 경우에는 추정복구기간을 복구기간으로 인정합니다. 그러나 어떠한 경우에도 복구기간은 추정복구기간이나 약정복구기간을 초과할 수 없습니다.

제2조(보상하는 손해)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험의 목적이 화재(벼락을 포함합니다. 이하 같습니다)로 인한 아래의 손해가 발생함으로써 보험의 목적 내에 거주할 수 없게 된 경우에 보험의 목적의 원상복구를 위한 기간 동안에 발생된 임시거주비를 이 특별약관에 따라 주택(화재)임시거주비(1일이상 90일한도)으로 보상합니다. 단, 보험의 목적의 원상복구를 위한 기간에 대한 판단은 회사의 동의를 받아야 합니다.

1. 화재 및 폭발· 파열에 따른 직접손해
2. 화재 및 폭발· 파열에 따른 소방손해(화재진압과정에서 발생하는 손해)
3. 화재 및 폭발· 파열에 따른 피난손해(피난지에서 5일 동안에 보험의 목적에 생긴 제1호 및 제2호의 손해를 포함합니다)

【폭발, 파열】
급격한 산화반응을 포함하는 파괴 또는 그 현상을 말합니다.

제3조(보험목적의 범위)

이 특별약관에서 보험의 목적이라 함은 보험에 가입한 물건으로서 보험증권에 기재된 물건 중 건물에 한합니다. 따라서 시설 및 기계장치, 집기비품 및 공기구와 원부재료를 포함하여 원료, 반제품, 완제품 등의 재고품 또는 상품, 교본, 글 · 그림, 골동품, 조각물, 예술품, 희귀품 등 기타 이와 비슷한 것은 제외합니다.

제4조(보상하지 않는 손해)

회사는 보험의 목적에 아래와 같은 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실
2. 계약자 또는 계약자의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실
3. 화재 및 폭발·파열 사고가 났을 때에 생긴 도난 또는 분실로 생긴 손해
4. 보험의 목적의 발효, 자연발열, 자연발화로 생긴 손해. 그러나 자연발열 또는 자연발화로 연소된 다른 보험의 목적에 생긴 손해는 보상합니다.
5. 화재 및 폭발, 파열에 기인되지 않는 수도관, 수관 또는 수압기 등의 파열로 생긴 손해
6. 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 지진, 분화(噴火) 또는 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 화재 및 연소 또는 그 밖의 손해
7. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고
8. 제7호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
9. 발전기, 여자기(정류기 포함), 변류기, 변압기, 전압 조정기, 축전기, 개폐기, 차단기, 피뢰기, 배전기 및 그 밖의 전기기기 또는 장치의 전기적 사고로 생긴 손해. 그러나 그 결과로 생긴 화재손해는 보상합니다.
10. 국가 및 지방자치단체의 명령에 의한 재산의 소각 및 이와 유사한 손해

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제5조(지급보험금의 계산)

① 보험의 목적이 제2조(보상하는 손해)의 제1호 및 제2호의 손해를 입었을 경우 회사는 1사고마다 손해발생 후 1일당 10만원을 한도로 피보험자가 본인 및 본인과 생계를 같이하고 보험의 목적의 주민등록상 동거중인 가족을 위해 복구기간 내 임시거주기간 동안 숙박시설 또는 음식점에서 실제로 지출한 숙박비 및 식대를 임시거주비로 지급합니다.

② 제1항의 복구기간 내의 임시거주기간은 추정복구기간과 약정복구기간내 임시거주기간 중 적은 기간으로 합니다.

③ 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있고 각각 지급할 금액의 합계액이 재조달차액을 넘는 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1명에 대한 보험금 청구를 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

1. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 계약의 보험가입금액 합계액}}$$

2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계}}$$

④ 이 보험계약이 타인을 위한 보험계약이면서 보험계약자가 다른 계약으로 인하여 「상법」 제682조에 따른 대위권 행사의 대상이 된 경우에는 실제 그 다른 계약이 존재함에도 불구하고 그 다른 계약이 없다는 가정하에 제1항에 따라 계산한 보험금을 그 다른 보험계약에 우선하여 이 보험계약에서 지급합니다.

⑤ 이 보험계약을 체결한 보험회사가 타인을 위한 보험에 해당하는 다른 계약의 보험계약자에게 「상법」 제682조에 따른 대위권을 행사할 수 있는 경우에는 이 보험계약이 없다는 가정하에 다른 계약에서 지급받을 수 있는 보험금을 초과한 손해액을 이 보험계약에서 보상합니다.

【상법 제682조(제3자에 대한 보험대위)】

① 손해가 제3자의 행위로 인하여 발생한 경우에 보험금을 지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에서 그 제3자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득한다. 다만, 보험자가 보상할 보험금의 일부를 지급한 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위에서 그 권리를 행사할 수 있다.

② 보험계약자나 피보험자의 제1항에 따른 권리가 그와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우 보험자는 그 권리를 취득하지 못한다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 아니하다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 보험의 목적이 소멸하여 이 특별약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 3-0. 재물손해 공통 특별약관을 따르고, 3-0. 재물손해 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3-6. 주택건물(화재) 복구비용 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험기간 중에 보험의 목적이 화재(벼락을 포함합니다. 이하 같습니다) 및 폭발· 파열로 입은 아래의 손해(이하 「화재손해」 라 합니다)가 생긴 때에는 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 화재 및 폭발· 파열에 따른 직접손해
2. 화재 및 폭발· 파열에 따른 소방손해(화재진압과정에서 발생하는 손해)
3. 화재 및 폭발· 파열에 따른 피난손해(피난지에서 5일 동안에 보험의 목적에 생긴 제1호 및 제2호의 손해를 포함합니다)

【폭발, 파열】
급격한 산화반응을 포함하는 파괴 또는 그 현상을 말합니다.

② 이 특별약관의 적용 대상은 보험의 목적에 한합니다. 따라서 시설 및 기계장치, 집기비품 및 공기구와 원부재료를 포함하여 원료, 반제품, 완제품 등의 재고품 또는 상품, 교본, 글그림, 골동품, 예술품, 희귀품 등 기타 이와 비슷한 것은 제외합니다.

③ 제1항의 보험의 목적은 주택에 한합니다. 주택이라 함은 아래의 물건을 말합니다.

1. 단독주택(다중주택, 다가구주택을 포함합니다)
2. 주택의 부속건물로써 가재만을 수용하는데 쓰이는 것
3. 연립(다세대)주택, 아파트(주상복합아파트의 주거용도 부분 포함)로서 각 호(실)가 모두 주택으로만 쓰이는 것. 다만, 아파트내에는 단지내 상가를 제외한 구내의 부대시설 또는 복리시설을 포함합니다.
4. 주택병용 건물로서 아래의 용도로 사용하는 건물 또는 그 수용가재
   ㉮ 교습소(피아노, 꽃꽂이, 국악, 재봉 및 이와 비슷한 것)
   ㉯ 치료(안수, 침구(침질, 뜸질), 접골, 조산원 및 이와 비슷한 것)

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 보험의 목적에 아래와 같은 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실
2. 계약자 또는 계약자의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실
3. 화재 및 폭발·파열 사고가 났을 때에 생긴 도난 또는 분실로 생긴 손해
4. 보험의 목적의 발효, 자연발열, 자연발화로 생긴 손해. 그러나 자연발열 또는 자연발화로 연소된 다른 보험의 목적에 생긴 손해는 보상합니다.
5. 화재 및 폭발, 파열에 기인되지 않는 수도관, 수관 또는 수압기 등의 파열로 생긴 손해
6. 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 지진, 분화(噴火) 또는 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 화재, 폭발, 파열, 연소 또는 그 밖의 손해
7. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고
8. 제7호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
9. 발전기, 여자기(정류기 포함), 변류기, 변압기, 전압조정기, 축전기, 개폐기, 차단기, 피뢰기, 배전기 및 그 밖의 전기기기 또는 장치의 전기적 사고로 생긴 손해. 그러나 그 결과로 생긴 화재손해는 보상합니다.
10. 국가 및 지방자치단체의 명령에 의한 재산의 소각 및 이와 유사한 손해
11. 직접 또는 간접을 묻지 않고 건물 또는 구조물의 건축, 수리, 철거 등 관계 법령의 집행으로 발생한 손해
12. 피보험자가 파손된 보험의 목적의 수리 또는 복구를 지연함으로써 가중된 손해

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제3조(지급보험금의 계산)

① 회사가 지급할 보험금은 다음 각 호의 금액을 넘을 수 없습니다.

1. 손해가 발생한 보험의 목적에 대한 이 보장의 보험가입금액
2. 손해가 발생된 보험의 목적과 용도 및 성능이 같다고 인정되는 재산의 전부 또는 일부의 재조달가액이 보험가액을 초과한 금액
3. 손해가 발생한 보험의 목적의 실제 수리 또는 복구에 들어간 비용이 그 보험목적의 보험가액에 따라 계산한 손해액을 넘는 금액

【재조달가액】

보험의 목적과 동형·동질의 신품을 재조달하는데 소요되는 금액

【보험가액】

재조달가액에서 기간경과에 따른 감가상각을 반영한 시가로 계산된 금액

② 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있고 각각 지급할 금액의 합계액이 재조달차액을 넘는 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1명에 대한 보험금 청구를 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

1. 다계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 계약의 보험가입금액 합계액}}$$

2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계}}$$

③ 하나의 보험가입금액으로 둘 이상의 보험목적을 계약한 경우에는 전체 보험가액에 대한 각 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분하여 제1항 또는 제2항의 규정에 따라 지급보험금을 계산합니다.

【부가설명】

보험가입금액 5억원 가입시
보험목적A : 보험가액 6억원 → 보험가입금액 3억원
보험목적B : 보험가액 4억원 → 보험가입금액 2억원
(합계 10억원) (합계 5억원)
※ 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분 합니다.

④ 이 보험계약이 타인을 위한 보험계약이면서 보험계약자가 다른 계약으로 인하여 「상법」 제682조에 따른 대위권 행사의 대상이 된 경우에는 실제 그 다른 계약이 존재함에도 불구하고 그 다른 계약이 없다는 가정하에 제1항에 따라 계산한 보험금을 그 다른 보험계약에 우선하여 이 보험계약에서 지급합니다.

⑤ 이 보험계약을 체결한 보험회사가 타인을 위한 보험에 해당하는 다른 계약의 보험계약자에게 「상법」 제682조에 따른 대위권을 행사할 수 있는 경우에는 이 보험계약이 없다는 가정하에 다른 계약에서 지급받을 수 있는 보험금을 초과한 손해액을 이 보험계약에서 보상합니다.

【상법 제682조(제3자에 대한 보험대위)】

① 손해가 제3자의 행위로 인하여 발생한 경우에 보험금을 지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에서 그 제3자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득한다. 다만, 보험자가 보상할 보험금의 일부를 지급한 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위에서 그 권리를 행사할 수 있다.
② 보험계약자나 피보험자의 제1항에 따른 권리가 그와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우 보험자는 그 권리를 취득하지 못한다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 아니하다.

제4조(손해액의 조사결정)

① 회사가 보상할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에서의 보험의 목적의 재조달가액과 보험가액에 따라 계산하며 재조달차액을 보상합니다.

【재조달차액】

재조달가액과 보험가액에 따라 계산한 손해액의 차액

② 계약자 또는 피보험자는 손해발생일로부터 180일 이내에 보험의 목적의 수리 또는 복구 의사를 회사에 서면으로

통지해야 합니다.

③ 제1항의 규정에도 불구하고 회사는 보험의 목적의 수리 또는 복구가 이루어지지 않은 경우에는 보상하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 화재손해 특별약관 제5조(특별약관의 소멸)에 따라 계약이 소멸된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보험목적에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

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

③ 제1항 이외에 이 특별약관에서 정한 보상하는 손해가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 적립부분 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

④ 보험목적이 둘 이상인 때에는 각각 제1항을 적용합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 3-0. 재물손해 공통 특별약관을 따르고, 3-0. 재물손해 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

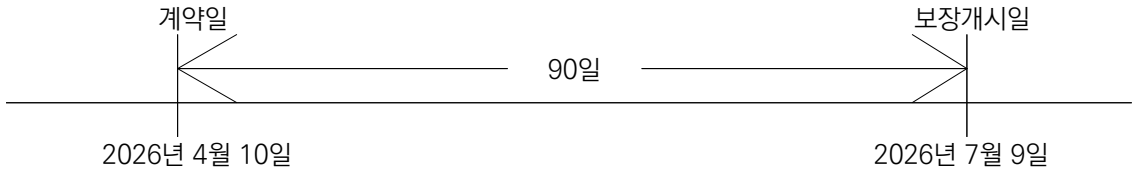
3-7. 급배수시설누출손해(주택) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 보험의 목적의 수조, 급배수설비 또는 수관(이하 "급배수시설"이라 합니다)이 우연한 사고로 인해 누수 또는 방수됨에 따라 보험의 목적에 생긴 직접손해를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다. 단, 건물은 재조달가액 기준, 가재는 시가를 기준으로 하여 손해액을 계산합니다.

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

【보장개시일[예시]】



【재조달가액】

보험의 목적과 동형·동질의 신품을 재조달하는 데 소요되는 금액

【시가】

재조달가액에서 시간경과에 따른 감가상각을 반영한 금액

③ 이 특별약관에서 급배수설비에는 스프링클러 설비나 장치(자동적으로 작동하는 소화용 살수장치로서 헤드, 배관, 경보장치, 탱크, 펌프 및 이의 부속기구)를 포함하지 않습니다.

④ 아래의 물건은 제1항의 보험의 목적에 포함되지 않습니다.

1. 통화(기념주화 포함), 유가증권, 인지, 우표 등 이와 비슷한 것
2. 귀금속, 귀중품(무게나 부피가 휴대할 수 있으며 점당 300만원 이상), 보옥, 석, 글·그림, 골동품, 조각물 및 이와 비슷한 것.
3. 원고, 설계서, 도안, 물건의 원본, 모형, 증서, 장부, 금형(금속으로 만든 틀), 목형(나무로 만든 틀), 소프트웨어 및 이와 비슷한 것
4. 영업을 목적으로 사용되는 물건(재고자산 포함)
5. 차량(자동 2륜차 및 자동 3륜차를 포함합니다), 선박, 항공기
6. 컴퓨터 시스템 기록 또는 제작 및 복제비용
7. 총포류, 탄약, 폭발물
8. 동물, 식물, 농작물

⑤ 보험의 목적이라 함은 주택으로만 쓰이는 건물 중 다음의 것 또는 그 수용가재를 말합니다.

1. 단독주택(다중주택, 다가구주택 포함)
2. 주택의 부속건물로써 가재만을 수용하는 건물
3. 연립(다세대)주택, 아파트(주상복합아파트의 주거용도 부분 포함)로서 각 호, 실이 모두 주택으로만 쓰이는 건물

⑥ 아래의 물건은 다른 약정이 없으면 제1항의 보험목적에 포함됩니다.

1. 건물인 경우
   가. 건물의 부속물 : 피보험자 소유인 칸막이, 대문, 담, 곳간 및 이와 비슷한 것
   나. 건물의 부착물 : 피보험자 소유인 간판, 네온싸인, 안테나, 선전탑 및 이와 비슷한 것
   다. 건물의 부속설비 : 피보험자 소유인 전기, 가스, 난방, 냉방설비 및 이와 비슷한 것
2. 가재인 경우 : 피보험자 또는 그와 같은 세대에 속하는 사람의 소유물(생활용품, 집기·비품 등)

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

① 계약자 또는 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해

② 지진 또는 분화 등의 천재지변으로 생긴 손해

③ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 테러 또는 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해

④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의해서 오염된 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 인한 손해 또는 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해

⑤ 태풍, 회오리바람, 폭풍, 폭풍우, 홍수, 해일, 범람 및 이와 비슷한 풍재 또는 수재로 보험의 목적에 생긴 손해. 단, 급배수시설이 우연한 사고로 인해 누수 또는 방수됨에 따라 보험의 목적에 생긴 손해는 보상합니다.

⑥ 자연발열, 자연발화, 마모, 내재적 결함, 재질 변경, 녹 및 부식, 누설, 쥐, 곤충, 해충, 기후·온도 조건의 변화, 통상적인 해수면의 변화, 기타 점진적으로 작용하는 원인으로 생긴 손해

⑦ 법률적으로 또는 실질적으로 정부 및 공공기관의 행위나 명령에 의한 몰수, 국유화, 징발, 파괴 또는 손상으로 생긴 손해

⑧ 공공설비(전기, 가스, 통신, 수도 또는 기타 에너지원)의 공급불능, 불량으로 발생한 손해

⑨ 도난, 망실 또는 분실 손해

⑩ 외부적 힘에 의하지 않은 부속설비 및 가재에 생긴 손해

⑪ 피보험자나 고용인의 잘못된 운영이나 잘못된 기술로 인하여 전기, 기계장비에 생긴 손해

⑫ 가재 또는 유리(건물에 부착된 유리 제외)의 파손손해

⑬ 발전기, 여자기(정류기 포함), 변류기, 변압기, 전압조정기, 축전기, 개폐기, 차단기, 피뢰기, 배전반 및 그 밖의 전자기기 또는 장치의 전기적 사고로 생긴 손해

⑭ 기관, 기기, 증기기관, 내연기관, 유압기 등의 물리적인 폭발, 파열이나 기계의 운동부분 또는 회전부분이 분해되어 날아 흩어짐으로 인해 생긴 손해

⑮ 보상하는 손해에서 정한 손해를 발생시킨 급배수설비 자체의 손해(교체비용, 수리비용 등)

⑯ 건물 외벽의 크랙, 방수층 손상 등 급배수설비 외의 원인으로 인한 누수 손해

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.
【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제3조(지급보험금의 계산)

① 회사가 지급할 제1조(보상하는 손해)의 손해가 생긴 때에는 1사고마다 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 손해액 전부(보험가액을 한도로 합니다.)를 보장합니다.

② 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다.)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 클 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1인에 대한 보험금 청구권을 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

1. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 계약의 보험가입금액 합계액}}$$

2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계}}$$

③ 하나의 보험가입금액으로 둘 이상의 보험목적을 계약한 경우에는 전체 보험가액에 대한 각 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분하여 제1항 또는 제2항의 규정에 따라 지급보험금을 계산합니다.

【부가설명】
보험가입금액 5억원 가입시
보험목적A : 보험가액 6억원 → 보험가입금액 3억원
보험목적B : 보험가액 4억원 → 보험가입금액 2억원
(합계 10억원) (합계 5억원)
※ 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및

미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 3-0. 재물손해 공통 특별약관을 따르고, 3-0. 재물손해 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3-8. 6대가전제품 고장수리비용 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 거주하는 주택(보험증권에 기재된 주소지에 소재한 주거를 목적으로 한 주택을 말합니다.) 구내에 있는 6대 가전제품에 고장이 발생한 경우 이를 수리하여 생긴 실제 수리비를 보상합니다.

② 6대 가전제품은 피보험자가 거주하는 주택에서 사용하는 가정용 제품에 한합니다.

제2조(6대 가전제품 등의 정의)

① 이 특별약관에서 "6대 가전제품"은 TV, 세탁기, 냉장고, 김치냉장고, 에어컨, 전자레인지를 말합니다.

② "고장"이라 함은 해당 제품이 전기적/기계적 원인으로, 제조사가 설계한 동작 및 정상적인 사용이 불가능한 상태를 말합니다.

③ "수리"라 함은 해당 제품의 공식적인 국내 A/S지정점에서 실제 수리하여 수리비를 지급한 경우에 한합니다.

"수리비"는 부품비와 인건비 및 운반비(수리를 목적으로 A/S지정점의 직원에 의하여 제품 운반에 소요되는 비용을 말하며, 개인운반이 가능한 소형제품은 제외)를 말합니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자(본인, 배우자, 동거친족 및 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀) 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해
2. 보험효력개시 후 60일 이내에 수리하여 수리비가 발생한 손해
3. 국내 A/S지정점 이외의 곳에서 수리하여 수리비가 발생한 손해(A/S지정점이 없는 제품의 수리비는 보상하지 않습니다)
4. 통상적인 마모와 균열, 잘못된 사용 또는 오 · 남용으로 인한 손해
5. 패임, 착색, 광택저하, 긁힘, 녹 등과 같이 제품의 기능에 아무런 영향을 주지 않는 외부적 손상에 대한 손해
6. 제품의 조립이나 변경으로 발생한 모든 손해(절단, 톱질, 깎기 등을 포함)
7. 도난 , 분실 또는 망실로 인한 손해
8. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 화재 및 연소 또는 그 밖의 손해
9. 제품 고유의 결함, 설계결함 또는 법적조치로 인하여 제품의 리콜이나 변경으로 인해 발생한 비용 손해
10. 제조사의 무상수리에 해당하는 손해
11. 기록저장매체의 손상으로 인한 데이터 손실이나 소프트웨어의 문제로 인하여 발생하는 모든 비용 손해
12. 제조업자(제조업자가 지정한 수리업체를 포함)가 제품에 대하여 어떠한 결함도 발견하지 못한 경우에 발생한 모든 비용손해
13. 태풍, 홍수, 지진, 분화, 낙뢰 등 천재지변으로 인한 손해
14. 핵연료물질 또는 방사능 오염과 관련된 손해
15. 제품에 대한 청소나 주기적 점검, 관리에서 발생한 비용 손해
16. 필터, 전구(진공관 포함), 벨트, 잉크 등 교환이 필요한 소모품의 교환 비용
17. 제품보증서에 기재된 유상수리의 대상이 되는 고장유형으로 인한 손해
    단, 무상수리의 대상이 되는 고장 유형이 제품의 보증기간을 초과함으로써 유상수리의 대상이 된 경우에는 보상합니다.
18. 6대 가전제품의 임의 분해 및 개조로 인한 손해
19. 전기적/기계적 원인이 아닌 물리적 파손으로 인한 손해

② 회사는 다음 각 호의 물품에 생긴 손해에 대하여 보상하지 않습니다.

1. 재판매, 직업적 혹은 상업적인 목적으로 구매 또는 사용중인 물품
2. 골동품, 수집품, 재조립품, 재제작품
3. 렌트나 리스중인 물품과 피보험자의 책임 하에 있는 대여 또는 보관 물품
4. 제조일로부터 10년을 초과한 제품

제4조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(100만원)을 한도로 보상하되, 자기부

담금(2만원)을 초과한 부분만 보상합니다.

② 회사가 제1항에 의하여 보상을 한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액(100만원)에서 그 보상액을 뺀 잔액을 해당 보험년도(보험계약일로부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일까지의 기간을 말합니다)에 대한 이 특별약관의 보험가입금액으로 합니다.

③ 하나의 제품에 대하여 회사가 지급하여야 할 1사고당 보험금은 보험증권에 기재된 사고당 이 특별약관의 보험가입금액(100만원) 내에서 수리제품의 권장소비자가격, 보험가입금액, 실제수리비 중 최저금액으로 합니다.

④ 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다.)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 클 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1인에 대한 보험금 청구권을 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

1. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 계약의 보험가입금액 합계액}}$$

2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계}}$$

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 3-0. 재물손해 공통 특별약관을 따르고, 3-0. 재물손해 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3-9. 신16대가전제품 고장수리비용 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 거주하는 주택(보험증권에 기재된 주소지에 소재한 주거를 목적으로 한 주택을 말합니다.) 구내에 있는 신16대 가전제품에 고장이 발생한 경우 이를 수리하여 생긴 실제 수리비를 보상합니다.

② 신16대 가전제품은 피보험자가 거주하는 주택에서 사용하는 가정용 제품에 한합니다.

제2조(신16대 가전제품 등의 정의)

① 이 특별약관에서 "신16대 가전제품"은 공기청정기, 식기세척기, 청소기, 식기건조기, 의류건조기, 의류관리기, 제습기, 정수기, 오븐, 커피머신, 전기레인지, 전기밥솥, 선풍기, 온수매트, 음식물처리기, 컴퓨터를 말합니다.

② "고장"이라 함은 해당 제품이 전기적/기계적 원인으로, 제조사가 설계한 동작 및 정상적인 사용이 불가능한 상태를 말합니다.

③ "수리"라 함은 해당 제품의 공식적인 국내 A/S지정점에서 실제 수리하여 수리비를 지급한 경우에 한합니다.

"수리비"는 부품비와 인건비 및 운반비(수리를 목적으로 A/S지정점의 직원에 의하여 제품 운반에 소요되는 비용을 말하며, 개인운반이 가능한 소형제품은 제외)를 말합니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자(본인, 배우자, 동거친족 및 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀) 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해
2. 보험효력개시 후 60일 이내에 수리하여 수리비가 발생한 손해
3. 국내 A/S지정점 이외의 곳에서 수리하여 수리비가 발생한 손해(A/S지정점이 없는 제품의 수리비는 보상하지 않습니다)
4. 통상적인 마모와 균열, 잘못된 사용 또는 오・남용으로 인한 손해
5. 패임, 착색, 광택저하, 긁힘, 녹 등과 같이 제품의 기능에 아무런 영향을 주지 않는 외부적 손상에 대한 손해
6. 제품의 조립이나 변경으로 발생한 모든 손해(절단, 톱질, 깎기 등을 포함)
7. 도난 , 분실 또는 망실로 인한 손해
8. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 화재 및 연소 또는 그 밖의 손해
9. 제품 고유의 결함, 설계결함 또는 법적조치로 인하여 제품의 리콜이나 변경으로 인해 발생한 비용 손해
10. 제조사의 무상수리에 해당하는 손해
11. 기록저장매체의 손상으로 인한 데이터 손실이나 소프트웨어의 문제로 인하여 발생하는 모든 비용 손해
12. 제조업자(제조업자가 지정한 수리업체를 포함)가 제품에 대하여 어떠한 결함도 발견하지 못한 경우에 발생한 모든 비용손해
13. 태풍, 홍수, 지진, 분화, 낙뢰 등 천재지변으로 인한 손해
14. 핵연료물질 또는 방사능 오염과 관련된 손해
15. 제품에 대한 청소나 주기적 점검, 관리에서 발생한 비용 손해
16. 필터, 전구(진공관 포함), 벨트, 잉크 등 교환이 필요한 소모품의 교환 비용
17. 제품보증서에 기재된 유상수리의 대상이 되는 고장유형으로 인한 손해
    단, 무상수리의 대상이 되는 고장 유형이 제품의 보증기간을 초과함으로써 유상수리의 대상이 된 경우에는 보상합니다.
18. 신16대 가전제품의 임의 분해 및 개조로 인한 손해
19. 전기적/기계적 원인이 아닌 물리적 파손으로 인한 손해

② 회사는 다음 각 호의 물품에 생긴 손해에 대하여 보상하지 않습니다.

1. 재판매, 직업적 혹은 상업적인 목적으로 구매 또는 사용중인 물품
2. 골동품, 수집품, 재조립품, 재제작품
3. 렌트나 리스중인 물품과 피보험자의 책임 하에 있는 대여 또는 보관 물품
4. 제조일로부터 10년을 초과한 제품
5. 완제품이 아닌 조립식 전자제품(예로서, 조립식 컴퓨터에 생긴 손해는 보상하지 않습니다.)

6. 태블릿 전자제품
7. 서버용 컴퓨터

제4조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(100만원)을 한도로 보상하되, 자기부담금(2만원)을 초과한 부분만 보상합니다.

② 회사가 제1항에 의하여 보상을 한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액(100만원)에서 그 보상액을 뺀 잔액을 해당 보험년도(보험계약일로부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일까지의 기간을 말합니다)에 대한 이 특별약관의 보험가입금액으로 합니다.

③ 하나의 제품에 대하여 회사가 지급하여야 할 1사고당 보험금은 보험증권에 기재된 사고당 이 특별약관의 보험가입금액(100만원) 내에서 수리제품의 권장소비자가격, 보험가입금액, 실제수리비 중 최저금액으로 합니다.

④ 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다.)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 클 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1인에 대한 보험금 청구권을 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

1. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 계약의 보험가입금액 합계액}}$$

2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계}}$$

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 3-0. 재물손해 공통 특별약관을 따르고, 3-0. 재물손해 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3-10. 22대가전제품 고장수리비용 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 거주하는 주택(보험증권에 기재된 주소지에 소재한 주거를 목적으로 한 주택을 말합니다.) 구내에 있는 22대 가전제품에 고장이 발생한 경우 이를 수리하여 생긴 실제 수리비를 보상합니다.

② 22대 가전제품은 피보험자가 거주하는 주택에서 사용하는 가정용 제품에 한합니다.

제2조(22대 가전제품 등의 정의)

① 이 특별약관에서 "22대 가전제품"은 TV, 세탁기, 냉장고, 김치냉장고, 에어컨, 전자레인지, 공기청정기, 식기세척기, 청소기, 식기건조기, 의류건조기, 의류관리기, 제습기, 정수기, 오븐, 커피머신, 전기레인지, 전기밥솥, 선풍기, 온수매트, 음식물처리기, 컴퓨터를 말합니다.

② "고장"이라 함은 해당 제품이 전기적/기계적 원인으로, 제조사가 설계한 동작 및 정상적인 사용이 불가능한 상태를 말합니다.

③ "수리"라 함은 해당 제품의 공식적인 국내 A/S지정점에서 실제 수리하여 수리비를 지급한 경우에 한합니다.

"수리비"는 부품비와 인건비 및 운반비(수리를 목적으로 A/S지정점의 직원에 의하여 제품 운반에 소요되는 비용을 말하며, 개인운반이 가능한 소형제품은 제외)를 말합니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자(본인, 배우자, 동거친족 및 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀) 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해
2. 보험효력개시 후 60일 이내에 수리하여 수리비가 발생한 손해
3. 국내 A/S지정점 이외의 곳에서 수리하여 수리비가 발생한 손해(A/S지정점이 없는 제품의 수리비는 보상하지 않습니다)
4. 통상적인 마모와 균열, 잘못된 사용 또는 오 · 남용으로 인한 손해
5. 패임, 착색, 광택저하, 긁힘, 녹 등과 같이 제품의 기능에 아무런 영향을 주지 않는 외부적 손상에 대한 손해
6. 제품의 조립이나 변경으로 발생한 모든 손해(절단, 톱질, 깎기 등을 포함)
7. 도난 , 분실 또는 망실로 인한 손해
8. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 화재 및 연소 또는 그 밖의 손해
9. 제품 고유의 결함, 설계결함 또는 법적조치로 인하여 제품의 리콜이나 변경으로 인해 발생한 비용 손해
10. 제조사의 무상수리에 해당하는 손해
11. 기록저장매체의 손상으로 인한 데이터 손실이나 소프트웨어의 문제로 인하여 발생하는 모든 비용 손해
12. 제조업자(제조업자가 지정한 수리업체를 포함)가 제품에 대하여 어떠한 결함도 발견하지 못한 경우에 발생한 모든 비용손해
13. 태풍, 홍수, 지진, 분화, 낙뢰 등 천재지변으로 인한 손해
14. 핵연료물질 또는 방사능 오염과 관련된 손해
15. 제품에 대한 청소나 주기적 점검, 관리에서 발생한 비용 손해
16. 필터, 전구(진공관 포함), 벨트, 잉크 등 교환이 필요한 소모품의 교환 비용
17. 제품보증서에 기재된 유상수리의 대상이 되는 고장유형으로 인한 손해
    단, 무상수리의 대상이 되는 고장 유형이 제품의 보증기간을 초과함으로써 유상수리의 대상이 된 경우에는 보상합니다.
18. 22대 가전제품의 임의 분해 및 개조로 인한 손해
19. 전기적/기계적 원인이 아닌 물리적 파손으로 인한 손해

② 회사는 다음 각 호의 물품에 생긴 손해에 대하여 보상하지 않습니다.

1. 재판매, 직업적 혹은 상업적인 목적으로 구매 또는 사용중인 물품
2. 골동품, 수집품, 재조립품, 재제작품
3. 렌트나 리스중인 물품과 피보험자의 책임 하에 있는 대여 또는 보관 물품
4. 제조일로부터 10년을 초과한 제품

5. 완제품이 아닌 조립식 전자제품(예로서, 조립식 컴퓨터에 생긴 손해는 보상하지 않습니다.)
6. 태블릿 전자제품
7. 서버용 컴퓨터

제4조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(100만원)을 한도로 보상하되, 자기부담금(2만원)을 초과한 부분만 보상합니다.

② 회사가 제1항에 의하여 보상을 한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액(100만원)에서 그 보상액을 뺀 잔액을 해당 보험년도(보험계약일로부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일까지의 기간을 말합니다)에 대한 이 특별약관의 보험가입금액으로 합니다.

③ 하나의 제품에 대하여 회사가 지급하여야 할 1사고당 보험금은 보험증권에 기재된 사고당 이 특별약관의 보험가입금액(100만원) 내에서 수리제품의 권장소비자가격, 보험가입금액, 실제수리비 중 최저금액으로 합니다.

④ 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다.)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 클 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1인에 대한 보험금 청구권을 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

1. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 계약의 보험가입금액 합계액}}$$

2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계}}$$

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 3-0. 재물손해 공통 특별약관을 따르고, 3-0. 재물손해 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

Ⅳ. 배상책임 관련 특별약관

4-0. 배상책임 공통 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 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: 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

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

2. 보상 관련 용어

가. 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.

나. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 해당 배상책임보장 특별약관의 보험금 등의 지급한도에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대한도를 말합니다.

다. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.

라. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.

마. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

바. 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.

제2조(보상하는 손해의 범위)

회사가 보상하는 사고당 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)

2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자가 제8조(손해방지의무)제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

나. 피보험자가 제8조(손해방지의무)제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제3조(보험금의 청구)

① 피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제4조(보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제3조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험

금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

② 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표12】『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제5조(손해의 통지 및 조사)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고 상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 「상법」 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

【상법 제657조(보험 사고발생의 통지의무)】

① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.

② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

제6조(의무보험과의 관계)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제7조(보험금의 분담)를 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 "의무보험에서 보상하는 금액"으로 봅니다.

제7조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

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

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액

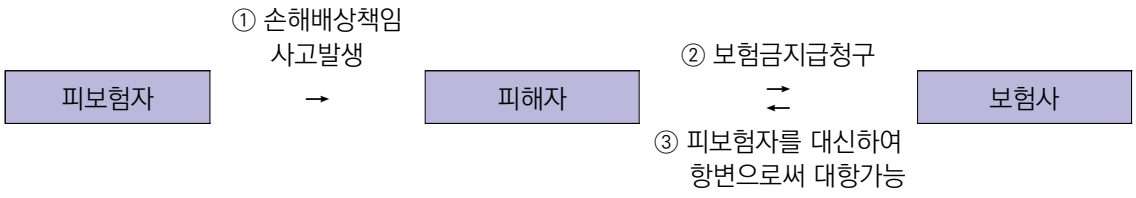
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액

3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

【유의사항】



※ 항변이란 어떤 일을 부당하다고 여겨 따지거나 반대하는 뜻을 밝힌다는 것을 의미합니다.

② 회사가 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우에 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항 , 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제10조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

【보상책임을 지는 한도】

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때

2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제11조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권

2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득

하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

⑤ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 임대차계약을 체결하는 등 거주를 허락한 자(이하 '임차인 등')가 실질적으로 보험료를 납부하는 경우, 임차인 등 및 이와 생계를 같이하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 임차인 및 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제12조(계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 보험목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제13조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 이 특별약관을 취소할 수 있습니다.

제14조(특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

> **【타인을 위한 계약】**
> 계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제16조(특별약관의 해지)

① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제17조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

④ 제3항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
3. 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
4. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
5. 「보험을 모집한 자」(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피

보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

⑤ 제3항에 의한 이 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않습니다. 그러나 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전, 후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제17조(양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동의한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제18조(조사)

① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제19조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(중도인출금), 제10조(공시이율의 적용 및 공시), 제11조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

4-1. 가족일상생활중배상책임(누수 제외)(대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

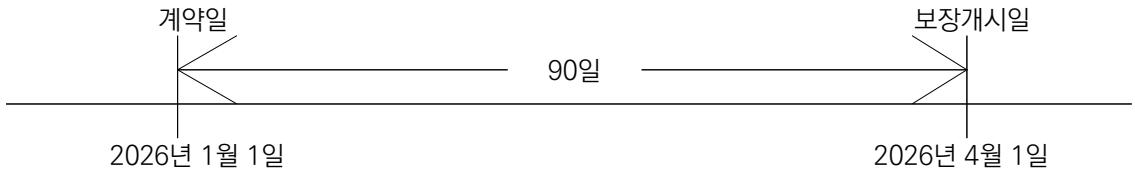
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「아래에 열거한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 「타인의 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대인 배상책임"이라 합니다)을 부담하거나 「타인의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대물 배상책임(누수사고 제외)"이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 살고 있는 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
3. 1호 및 2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 대인 배상책임의 경우에는 보험계약일을 보장개시일로 합니다.

구 분		보장개시일
갱신형(최초계약)	대인 배상책임	보험계약일
	대물 배상책임(누수사고 제외)	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
갱신형(갱신계약)		이 특별약관의 갱신일

【보장개시일[예시]】



③ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

④ 제2조 1항에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다른 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하여 그로 인해 발생한 배상책임 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

⑤ 제1항에서 신체라 함은 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(피보험자의 범위)

① 제1조(보상하는 손해)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

1. 「보험증권에 기재된 피보험자」(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 '배우자'라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(「민법」 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제3조(보상하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자 또는 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임

3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 보상합니다.
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 「핵연료 물질」 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
12. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병, 그로 인한 사망을 말합니다)로 인한 배상책임
14. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
15. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
16. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
17. 항공기, 선박, 차량 (원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
18. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
19. 폭력행위로 인한 배상책임
20. 누수사고로 인한 대물 배상책임

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제4조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 자기부담금은 “대인 배상책임”은 없으며 “대물 배상책임(누수사고 제외)”은 20만원으로 합니다.

1. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 매회의 사고마다 자기부담금을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 “대인 배상책임” 및 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 손해를 각각 1억원 한도로 보상합니다.
2. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 가, 나 또는 마의 비용 : 피보험자가 지급한 비용의 전액을 보상합니다.
3. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 다 또는 라의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.

② 제1항의 “누수사고”라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

③ 하나의 사고를 원인으로 “대인 배상책임” 및 누수사고를 제외한 “대물 배상책임”이 동시에 발생한 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다. 단, 제1항 제3호의 비용이 “대인 배상책임” 및 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 중 어느 하나로 인한 비용으로 볼 수 없는 경우에는 “대인 배상책임” 및 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 보상한도액을 합산한 한도에서 제1항 제1호의 손해배상금을 차감한 금액을 한도로 제1항 제3호의 비용을 보상합니다.

제5조(특별약관의 자동갱신)

① 회사는 이 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 “갱신계약”이라 합니다.)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일하게 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만일 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장 보험기간으로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 제5항에 따라 약관이 변경된 경우, 회사는 보험기간이 끝나기 15일 전까지 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.

⑦ 제6항에 따라 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 변경 전 계약의 만기일의 다음날에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경 전 계약은 만료됩니다.

⑧ 제6항 및 제7항에도 불구하고, 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

⑨ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

제6조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료됩니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 4-0. 배상책임 공통 특별약관을 따르고, 4-0. 배상책임 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-2. 가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 50만원, 대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

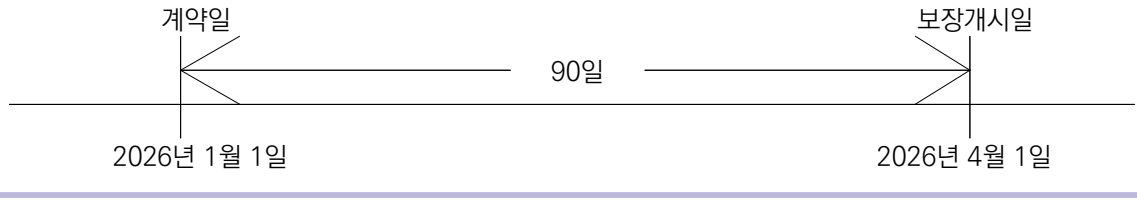
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「아래에 열거한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 「타인의 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대인 배상책임"이라 합니다)을 부담하거나 「타인의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대물 배상책임"이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 살고 있는 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
3. 1호 및 2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 대인 배상책임의 경우에는 보험계약일을 보장개시일로 합니다.

구 분			보장개시일
갱신형(최초계약)	대인 배상책임		보험계약일
	대물 배상책임	누수사고	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
		누수사고 제외	
갱신형(갱신계약)			이 특별약관의 갱신일

【보장개시일[예시]】



③ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

④ 제2조 1항에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다른 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하여 그로 인해 발생한 배상책임 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

⑤ 제1항에서 신체라 함은 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(피보험자의 범위)

① 제1조(보상하는 손해)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

1. 「보험증권에 기재된 피보험자」(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 '배우자'라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(「민법」 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제3조(보상하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자 또는 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임

4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 보상합니다.
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 「핵연료 물질」 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
12. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병, 그로 인한 사망을 말합니다)로 인한 배상책임
14. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
15. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
16. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
17. 항공기, 선박, 차량 (원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
18. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
19. 폭력행위로 인한 배상책임

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제4조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 자기부담금은 “대인 배상책임”은 없으며 “대물 배상책임”은 누수사고인 경우 50만원, 누수 이외의 사고인 경우 20만원으로 합니다.

1. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 매회의 사고마다 자기부담금을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 “대인 배상책임”, 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 및 누수사고로 인한 “대물 배상책임” 손해를 각각 1억원 한도로 보상합니다.
2. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 가, 나 또는 마의 비용 : 피보험자가 지급한 비용의 전액을 보상합니다.
3. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 다 또는 라의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.

② 제1항의 “누수사고”라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

③ 하나의 사고를 원인으로 “대인 배상책임”, 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 및 누수사고로 인한 “대물 배상책임”이 동시에 발생한 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다. 단, 제1항 제3호의 비용이 “대인 배상책임”, 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 및 누수사고로 인한 “대물 배상책임” 중 어느 하나로 인한 비용으로 볼 수 없는 경우에는 “대인 배상책임”, 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 및 누수사고로 인한 “대물 배상책임” 보상한도액을 합산한 한도에서 제1항 제1호의 손해배상금을 차감한 금액을 한도로 제1항 제3호의 비용을 보상합니다.

제5조(특별약관의 자동갱신)

① 회사는 이 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 “갱신계약”이라 합

니다.)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일하게 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만일 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장 보험기간으로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 제5항에 따라 약관이 변경된 경우, 회사는 보험기간이 끝나기 15일 전까지 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.

⑦ 제6항에 따라 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 변경 전 계약의 만기일의 다음날에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경 전 계약은 만료됩니다.

⑧ 제6항 및 제7항에도 불구하고, 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

⑨ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

제6조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료됩니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 4-0. 배상책임 공통 특별약관을 따르고, 4-0. 배상책임 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-3. 가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 100만원, 대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

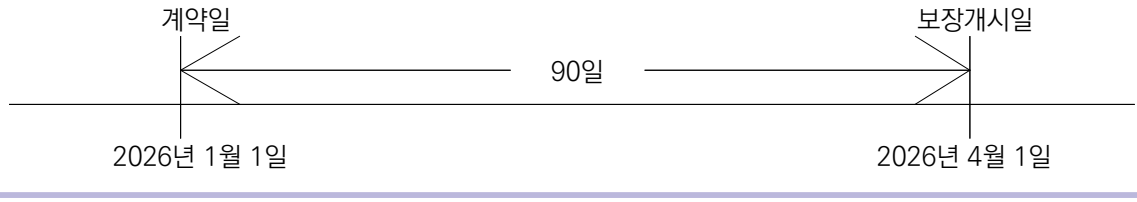
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「아래에 열거한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 「타인의 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대인 배상책임"이라 합니다)을 부담하거나 「타인의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대물 배상책임"이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 살고 있는 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
3. 1호 및 2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 대인 배상책임의 경우에는 보험계약일을 보장개시일로 합니다.

구 분			보장개시일
갱신형(최초계약)	대인 배상책임		보험계약일
	대물 배상책임	누수사고	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
		누수사고 제외	
갱신형(갱신계약)			이 특별약관의 갱신일

【보장개시일[예시]】



③ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

④ 제2조 1항에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다른 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하여 그로 인해 발생한 배상책임 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

⑤ 제1항에서 신체라 함은 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(피보험자의 범위)

① 제1조(보상하는 손해)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

1. 「보험증권에 기재된 피보험자」(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 '배우자'라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(「민법」 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제3조(보상하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자 또는 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임

4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 보상합니다.
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 「핵연료 물질」 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
12. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병, 그로 인한 사망을 말합니다)로 인한 배상책임
14. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
15. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
16. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
17. 항공기, 선박, 차량 (원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
18. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
19. 폭력행위로 인한 배상책임

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제4조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 자기부담금은 "대인 배상책임"은 없으며 "대물 배상책임"은 누수사고인 경우 100만원, 누수 이외의 사고인 경우 20만원으로 합니다.

1. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 매회의 사고마다 자기부담금을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 "대인 배상책임", 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 및 누수사고로 인한 "대물 배상책임" 손해를 각각 1억원 한도로 보상합니다.
2. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 가, 나 또는 마의 비용 : 피보험자가 지급한 비용의 전액을 보상합니다.
3. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 다 또는 라의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.

② 제1항의 "누수사고"라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

③ 하나의 사고를 원인으로 "대인 배상책임", 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 및 누수사고로 인한 "대물 배상책임"이 동시에 발생한 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다. 단, 제1항 제3호의 비용이 "대인 배상책임", 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 및 누수사고로 인한 "대물 배상책임" 중 어느 하나로 인한 비용으로 볼 수 없는 경우에는 "대인 배상책임", 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 및 누수사고로 인한 "대물 배상책임" 보상한도액을 합산한 한도에서 제1항 제1호의 손해배상금을 차감한 금액을 한도로 제1항 제3호의 비용을 보상합니다.

제5조(특별약관의 자동갱신)

① 회사는 이 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 "갱신계약"이라 합

니다.)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일하게 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만일 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장 보험기간으로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 제5항에 따라 약관이 변경된 경우, 회사는 보험기간이 끝나기 15일 전까지 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.

⑦ 제6항에 따라 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 변경 전 계약의 만기일의 다음날에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경 전 계약은 만료됩니다.

⑧ 제6항 및 제7항에도 불구하고, 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

⑨ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

제6조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료됩니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 4-0. 배상책임 공통 특별약관을 따르고, 4-0. 배상책임 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-4. 가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 200만원, 대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

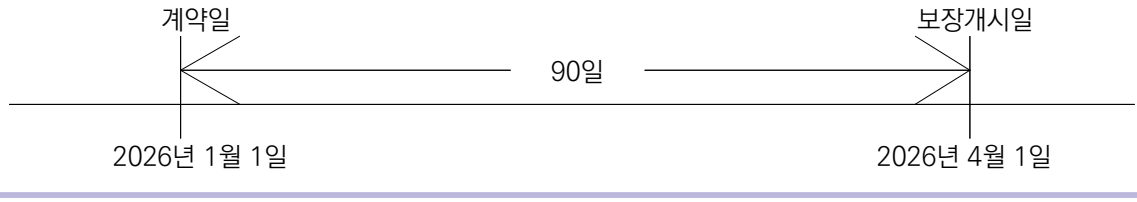
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「아래에 열거한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 「타인의 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대인 배상책임"이라 합니다)을 부담하거나 「타인의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대물 배상책임"이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 살고 있는 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
3. 1호 및 2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 대인 배상책임의 경우에는 보험계약일을 보장개시일로 합니다.

구 분			보장개시일
갱신형(최초계약)	대인 배상책임		보험계약일
	대물 배상책임	누수사고	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
		누수사고 제외	
갱신형(갱신계약)			이 특별약관의 갱신일

【보장개시일[예시]】



③ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

④ 제2조 1항에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다른 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하여 그로 인해 발생한 배상책임 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

⑤ 제1항에서 신체라 함은 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(피보험자의 범위)

① 제1조(보상하는 손해)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

1. 「보험증권에 기재된 피보험자」(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 '배우자'라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(「민법」 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제3조(보상하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자 또는 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임

4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 보상합니다.
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 「핵연료 물질」 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
12. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병, 그로 인한 사망을 말합니다)로 인한 배상책임
14. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
15. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
16. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
17. 항공기, 선박, 차량 (원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
18. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
19. 폭력행위로 인한 배상책임

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제4조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 자기부담금은 “대인 배상책임”은 없으며 “대물 배상책임”은 누수사고인 경우 200만원, 누수 이외의 사고인 경우 20만원으로 합니다.

1. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 매회의 사고마다 자기부담금을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 “대인 배상책임”, 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 및 누수사고로 인한 “대물 배상책임” 손해를 각각 1억원 한도로 보상합니다.
2. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 가, 나 또는 마의 비용 : 피보험자가 지급한 비용의 전액을 보상합니다.
3. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 다 또는 라의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.

② 제1항의 “누수사고”라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

③ 하나의 사고를 원인으로 “대인 배상책임”, 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 및 누수사고로 인한 “대물 배상책임”이 동시에 발생한 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다. 단, 제1항 제3호의 비용이 “대인 배상책임”, 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 및 누수사고로 인한 “대물 배상책임” 중 어느 하나로 인한 비용으로 볼 수 없는 경우에는 “대인 배상책임”, 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 및 누수사고로 인한 “대물 배상책임” 보상한도액을 합산한 한도에서 제1항 제1호의 손해배상금을 차감한 금액을 한도로 제1항 제3호의 비용을 보상합니다.

제5조(특별약관의 자동갱신)

① 회사는 이 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 “갱신계약”이라 합

니다.)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일하게 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만일 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장 보험기간으로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 제5항에 따라 약관이 변경된 경우, 회사는 보험기간이 끝나기 15일 전까지 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.

⑦ 제6항에 따라 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 변경 전 계약의 만기일의 다음날에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경 전 계약은 만료됩니다.

⑧ 제6항 및 제7항에도 불구하고, 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

⑨ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

제6조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료됩니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 4-0. 배상책임 공통 특별약관을 따르고, 4-0. 배상책임 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-5. 가족일상생활중배상책임(주택내화재및폭발 제외)(누수 제외)(대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

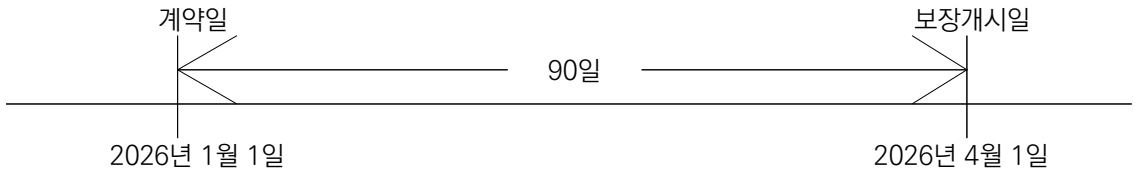
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「아래에 열거한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 「타인의 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대인 배상책임"이라 합니다)을 부담하거나 「타인의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대물 배상책임(누수사고 제외)"이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 살고 있는 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
3. 1호 및 2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 대인 배상책임의 경우에는 보험계약일을 보장개시일로 합니다.

구 분		보장개시일
갱신형(최초계약)	대인 배상책임	보험계약일
	대물 배상책임(누수사고 제외)	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
갱신형(갱신계약)		이 특별약관의 갱신일

【보장개시일[예시]】



③ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

④ 제2조 1항에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다른 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하여 그로 인해 발생한 배상책임 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

⑤ 제1항에서 신체라 함은 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(피보험자의 범위)

① 제1조(보상하는 손해)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

1. 「보험증권에 기재된 피보험자」(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 '배우자'라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(「민법」 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제3조(보상하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자 또는 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임

4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 보상합니다.
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 「핵연료 물질」 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
12. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병, 그로 인한 사망을 말합니다)로 인한 배상책임
14. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
15. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
16. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
17. 항공기, 선박, 차량 (원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
18. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
19. 폭력행위로 인한 배상책임
20. 주택 내에서의 화재 및 폭발로 생긴 손해에 대한 배상책임
21. 누수사고로 인한 대물 배상책임

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제4조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 자기부담금은 “대인 배상책임”은 없으며 “대물 배상책임(누수사고 제외)”은 20만원으로 합니다.

1. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 매회의 사고마다 자기부담금을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 “대인 배상책임” 및 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 손해를 각각 1억원 한도로 보상합니다.
2. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 가, 나 또는 마의 비용 : 피보험자가 지급한 비용의 전액을 보상합니다.
3. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 다 또는 라의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.

② 제1항의 “누수사고”라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

③ 하나의 사고를 원인으로 “대인 배상책임” 및 누수사고를 제외한 “대물 배상책임”이 동시에 발생한 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다. 단, 제1항 제3호의 비용이 “대인 배상책임” 및 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 중 어느 하나로 인한 비용으로 볼 수 없는 경우에는 “대인 배상책임” 및 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 보상한도액을 합산한 한도에서 제1항 제1호의 손해배상금을 차감한 금액을 한도로 제1항 제3호의 비용을 보상합니다.

제5조(특별약관의 자동갱신)

① 회사는 이 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 "갱신계약"이라 합니다.)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일하게 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만일 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장 보험기간으로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 제5항에 따라 약관이 변경된 경우, 회사는 보험기간이 끝나기 15일 전까지 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.

⑦ 제6항에 따라 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 변경 전 계약의 만기일의 다음날에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경 전 계약은 만료됩니다.

⑧ 제6항 및 제7항에도 불구하고, 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

⑨ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

제6조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료됩니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 4-0. 배상책임 공통 특별약관을 따르고, 4-0. 배상책임 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-6. 가족일상생활중배상책임(주택내화재및폭발 제외)(누수 포함)(누수 50만원, 대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

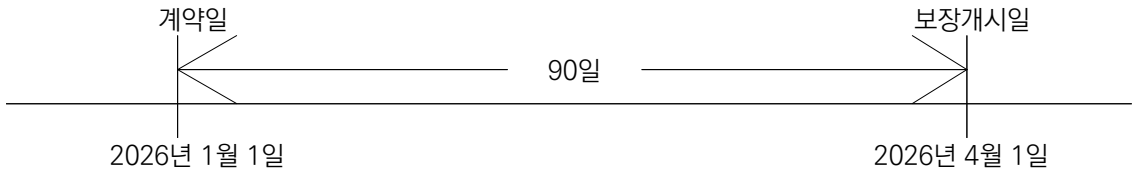
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「아래에 열거한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 「타인의 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대인 배상책임"이라 합니다)을 부담하거나 「타인의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대물 배상책임"이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 살고 있는 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
3. 1호 및 2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 대인 배상책임의 경우에는 보험계약일을 보장개시일로 합니다.

구 분			보장개시일
갱신형(최초계약)	대인 배상책임		보험계약일
	대물 배상책임	누수사고	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
		누수사고 제외	
갱신형(갱신계약)			이 특별약관의 갱신일

【보장개시일[예시]】



③ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

④ 제2조 1항에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다른 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하여 그로 인해 발생한 배상책임 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

⑤ 제1항에서 신체라 함은 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(피보험자의 범위)

① 제1조(보상하는 손해)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

1. 「보험증권에 기재된 피보험자」(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 '배우자'라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(「민법」 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제3조(보상하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자 또는 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임

3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 보상합니다.
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 「핵연료 물질」 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
12. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병, 그로 인한 사망을 말합니다)로 인한 배상책임
14. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
15. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
16. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
17. 항공기, 선박, 차량 (원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
18. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
19. 폭력행위로 인한 배상책임
20. 주택 내에서의 화재 및 폭발로 생긴 손해에 대한 배상책임

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제4조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 자기부담금은 “대인 배상책임”은 없으며 “대물 배상책임”은 누수사고인 경우 50만원, 누수 이외의 사고인 경우 20만원으로 합니다.

1. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 매회의 사고마다 자기부담금을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 “대인 배상책임”, 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 및 누수사고로 인한 “대물 배상책임” 손해를 각각 1억원 한도로 보상합니다.
2. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 다 또는 라의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.
3. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 다 또는 라의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액의 한도내에서 보상합니다.

② 제1항의 “누수사고”라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

③ 하나의 사고를 원인으로 “대인 배상책임”, 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 및 누수사고로 인한 “대물 배상책임”이 동시에 발생한 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다. 단, 제1항 제3호의 비용이 “대인 배상책임”, 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 및 누수사고로 인한 “대물 배상책임” 중 어느 하나로 인한 비용으로 볼 수 없는 경우에는 “대인 배상책임”, 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 및 누수사고로 인한 “대물 배상책임” 보상한도액을 합산한 한도에서 제1항 제1호의 손해배상금을 차감한 금액을 한도로 제1항 제3호의 비용을 보상합니다.

제5조(특별약관의 자동갱신)

① 회사는 이 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 "갱신계약"이라 합니다.)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일하게 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만일 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장 보험기간으로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 제5항에 따라 약관이 변경된 경우, 회사는 보험기간이 끝나기 15일 전까지 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.

⑦ 제6항에 따라 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 변경 전 계약의 만기일의 다음날에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경 전 계약은 만료됩니다.

⑧ 제6항 및 제7항에도 불구하고, 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

⑨ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

제6조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료됩니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 4-0. 배상책임 공통 특별약관을 따르고, 4-0. 배상책임 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-7. 가족일상생활중배상책임(주택내화재및폭발 제외)(누수 포함)(누수 100만원, 대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

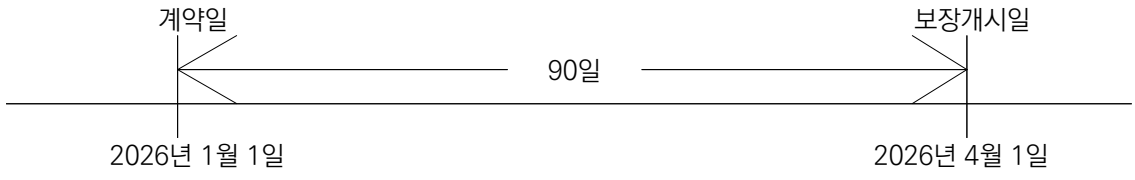
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「아래에 열거한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 「타인의 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대인 배상책임"이라 합니다)을 부담하거나 「타인의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대물 배상책임"이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 살고 있는 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
3. 1호 및 2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 대인 배상책임의 경우에는 보험계약일을 보장개시일로 합니다.

구 분			보장개시일
갱신형(최초계약)	대인 배상책임		보험계약일
	대물 배상책임	누수사고	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
		누수사고 제외	
갱신형(갱신계약)			이 특별약관의 갱신일

【보장개시일[예시]】



③ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

④ 제2조 1항에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다른 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하여 그로 인해 발생한 배상책임 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

⑤ 제1항에서 신체라 함은 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(피보험자의 범위)

① 제1조(보상하는 손해)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

1. 「보험증권에 기재된 피보험자」(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 '배우자'라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(「민법」 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제3조(보상하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자 또는 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임

3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 보상합니다.
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 「핵연료 물질」 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
12. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병, 그로 인한 사망을 말합니다)로 인한 배상책임
14. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
15. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
16. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
17. 항공기, 선박, 차량 (원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
18. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
19. 폭력행위로 인한 배상책임
20. 주택 내에서의 화재 및 폭발로 생긴 손해에 대한 배상책임

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제4조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 자기부담금은 "대인 배상책임"은 없으며 "대물 배상책임"은 누수사고인 경우 100만원, 누수 이외의 사고인 경우 20만원으로 합니다.

1. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 매회의 사고마다 자기부담금을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 "대인 배상책임", 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 및 누수사고로 인한 "대물 배상책임" 손해를 각각 1억원 한도로 보상합니다.
2. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 가, 나 또는 마의 비용 : 피보험자가 지급한 비용의 전액을 보상합니다.
3. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 다 또는 라의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.

② 제1항의 "누수사고"라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

③ 하나의 사고를 원인으로 "대인 배상책임", 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 및 누수사고로 인한 "대물 배상책임"이 동시에 발생한 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다. 단, 제1항 제3호의 비용이 "대인 배상책임", 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 및 누수사고로 인한 "대물 배상책임" 중 어느 하나로 인한 비용으로 볼 수 없는 경우에는 "대인 배상책임", 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 및 누수사고로 인한 "대물 배상책임" 보상한도액을 합산한 한도에서 제1항 제1호의 손해배상금을 차감한 금액을 한도로 제1항 제3호의 비용을 보상합니다.

제5조(특별약관의 자동갱신)

① 회사는 이 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 "갱신계약"이라 합니다.)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일하게 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만일 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장 보험기간으로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 제5항에 따라 약관이 변경된 경우, 회사는 보험기간이 끝나기 15일 전까지 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.

⑦ 제6항에 따라 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 변경 전 계약의 만기일의 다음날에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경 전 계약은 만료됩니다.

⑧ 제6항 및 제7항에도 불구하고, 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

⑨ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

제6조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료됩니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 4-0. 배상책임 공통 특별약관을 따르고, 4-0. 배상책임 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-8. 가족일상생활중배상책임(주택내화재및폭발 제외)(누수 포함)(누수 200만원, 대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

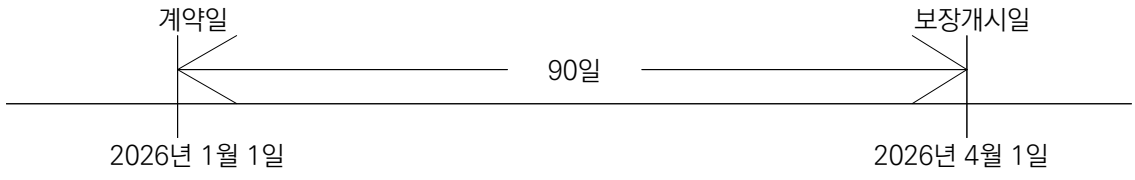
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「아래에 열거한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 「타인의 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대인 배상책임"이라 합니다)을 부담하거나 「타인의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대물 배상책임"이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 살고 있는 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
3. 1호 및 2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 대인 배상책임의 경우에는 보험계약일을 보장개시일로 합니다.

구 분			보장개시일
갱신형(최초계약)	대인 배상책임		보험계약일
	대물 배상책임	누수사고	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
		누수사고 제외	
갱신형(갱신계약)			이 특별약관의 갱신일

【보장개시일[예시]】



③ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

④ 제2조 1항에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다른 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하여 그로 인해 발생한 배상책임 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

⑤ 제1항에서 신체라 함은 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제2조(피보험자의 범위)

① 제1조(보상하는 손해)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

1. 「보험증권에 기재된 피보험자」(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 '배우자'라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(「민법」 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제3조(보상하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자 또는 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임

3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 보상합니다.
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 「핵연료 물질」 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
12. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병, 그로 인한 사망을 말합니다)로 인한 배상책임
14. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
15. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
16. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
17. 항공기, 선박, 차량 (원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
18. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
19. 폭력행위로 인한 배상책임
20. 주택 내에서의 화재 및 폭발로 생긴 손해에 대한 배상책임

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제4조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 자기부담금은 "대인 배상책임"은 없으며 "대물 배상책임"은 누수사고인 경우 200만원, 누수 이외의 사고인 경우 20만원으로 합니다.

1. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 매회의 사고마다 자기부담금을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 "대인 배상책임", 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 및 누수사고로 인한 "대물 배상책임" 손해를 각각 1억원 한도로 보상합니다.
2. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 가, 나 또는 마의 비용 : 피보험자가 지급한 비용의 전액을 보상합니다.
3. 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 다 또는 라의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.

② 제1항의 "누수사고"라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

③ 하나의 사고를 원인으로 "대인 배상책임", 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 및 누수사고로 인한 "대물 배상책임"이 동시에 발생한 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다. 단, 제1항 제3호의 비용이 "대인 배상책임", 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 및 누수사고로 인한 "대물 배상책임" 중 어느 하나로 인한 비용으로 볼 수 없는 경우에는 "대인 배상책임", 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 및 누수사고로 인한 "대물 배상책임" 보상한도액을 합산한 한도에서 제1항 제1호의 손해배상금을 차감한 금액을 한도로 제1항 제3호의 비용을 보상합니다.

제5조(특별약관의 자동갱신)

① 회사는 이 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 "갱신계약"이라 합니다.)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일하게 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만일 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장 보험기간으로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 제5항에 따라 약관이 변경된 경우, 회사는 보험기간이 끝나기 15일 전까지 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.

⑦ 제6항에 따라 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 변경 전 계약의 만기일의 다음날에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경 전 계약은 만료됩니다.

⑧ 제6항 및 제7항에도 불구하고, 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

⑨ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

제6조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료됩니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 4-0. 배상책임 공통 특별약관을 따르고, 4-0. 배상책임 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-9. 화재배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 보험증권에 기재된 보험의 목적에서 발생한 화재 또는 폭발사고로 타인을 사망케 하거나 부상 입혀 (이하 「대인사고」라 합니다) 혹은 타인의 재물을 망그러뜨려(이하 「대물사고」라 합니다) 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하「손해」라 합니다)를 보상합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 점유, 임차, 사용하거나 보호, 관리, 통제(원인에 관계없이 모든 형태의 실질적인 통제행위를 포함합니다)하는 재물이 손해를 입음으로써, 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가지는 사람에 대한 배상책임
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임. 그러나 약정이 없었더라도 법률규정에 의하여 피보험자가 부담하게 될 배상책임은 보상합니다.
6. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 에너지 및 관리할 수 있는 자연력, 상표권, 특허권 등 무체물에 입힌 손해에 대한 배상책임
12. 통상적이거나 급격한 사고에 의한 것인가의 여부에 관계없이 공해물질의 배출, 방출, 누출, 넘쳐흐름 또는 유출로 생긴 손해에 대한 배상책임 및 오염제거비용
13. 배출시설에 통상적으로 배출되는 배수 또는 배기(연기를 포함합니다)로 생긴 배상책임
14. 선박 또는 항공기의 소유, 사용 또는 관리에 기인하는 배상책임
15. 화재(폭발포함)사고를 수반하지 않은 자동차사고로 인한 배상책임

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제3조(보험금 등의 지급한도)

① 제1조(보상하는 손해)의 손해 중 대인사고에 대하여 회사는 매회의 사고마다 아래의 금액을 한도로 보험금을 지급합니다. 다만, 아래 제1호 단서를 제외하고는 실손해액을 한도로 합니다.

1. 대인사고 사망의 경우 : 피해자 1인당 10,000만원. 다만, 실손해액이 2,000만원 미만인 경우에는 2,000만원
2. 대인사고 부상의 경우 : 【별표32】『부상급별 지급보험금표』에 정하는 금액
3. 부상의 경우 그 치료가 완치된 후에도 해당 부상이 원인이 되어 신체의 장해(이하 "후유장해"라 합니다.)가 생긴 때에는 1인당 【별표36】『후유장해급별 지급보험금표』에 정하는 금액
4. 부상자가 치료 중에 해당 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1호와 제2호의 보험금을 지급합니다.
5. 부상한 자에게 해당 부상이 원인이 되어 후유장해가 생긴 경우에는 제2호와 제3호 금액의 합산액을 지급합니다.
6. 제3호의 후유장해보험금을 지급한 후 해당부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1호의 사망보험금에서 제3호의 후유장해보험금 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 나머지 금액을 지급합니다.

② 제1조(보상하는 손해)의 손해 중 대물사고에 대하여 회사는 매회의 사고마다 증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 보험금을 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 보험의 목적이 소멸하여 이 특별약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는

이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 4-0. 배상책임 공통 특별약관을 따르고, 4-0. 배상책임 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-10. 화재대물배상책임(특수건물) 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용하는 용어의 정의는 아래와 같습니다.

1. 「특수건물」이라 함은 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하 「법」이라 합니다) 제2조 제3호와 동법 시행령(이하 「시행령」이라 합니다) 제2조 제1항에서 정하는 건물을 말합니다.
2. 「건물소유자 배상책임」이라 함은 법 제4조 제1항에서 정하는 배상책임을 말합니다. 단, 특수건물이 주택인 경우에는 폭발, 파열로 인한 「민법」상의 배상책임을 포함합니다.
3. 「피해자」라 함은 특수건물의 소유자 및 그 주거를 같이하는 직계가족(법인인 경우에는 이사 또는 업무집행기관) 이외의 사람을 말합니다.

제2조(보상하는 손해)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 특수건물의 화재로 피해자의 재물을 망그러뜨려 건물소유자 배상책임에 따라 피보험자가 부담할 손해(이하 「손해」라 합니다)를 보상합니다.

② 회사는 보험의 목적이 주택인 경우에는 폭발, 파열로 인한 손해도 보상합니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피해자의 고의·중과실·법령위반(고의 또는 중과실로 법령을 위반하고 법령위반사실과 보험사고간 인과관계가 있는 경우에 한합니다)으로 생긴 화재(보험의 목적이 주택인 경우에는 폭발, 파열을 포함합니다)로 피해자 본인이 입은 손해
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임. 그러나 약정이 없었더라도 법률규정에 의하여 피보험자가 부담하게 될 배상책임은 보상합니다.
6. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제4조(피보험자의 권리, 의무의 승계)

특수건물이 양도된 경우에 양수인 또는 그 지정하는 자는 이 보험계약에 의한 피보험자의 권리, 의무를 승계한 것으로 봅니다.

제5조(보험금 등의 지급한도)

① 회사가 보상하는 사고당 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자가 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제8조(손해방지의무)제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   나. 피보험자가 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제8조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을

받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

② 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」 제8조 제1항 제2호, 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」 제5조, 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙」 제2조에 따라 결정
2. 제1항 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제1항 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액내에서 보상합니다.

③ 보험금의 청구 및 지급방법은 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」 제8조를 따릅니다.

제6조(보험금의 비례배분)

피보험자가 둘 이상인 때에는 회사가 지급할 보험금을 한도로 하여 재해를 입은 특수건물의 소유지분 비율에 따라 보장합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 보험의 목적이 소멸하여 이 특별약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 4-0. 배상책임 공통 특별약관을 따르고, 4-0. 배상책임 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 제8조 】

제8조(보험금액)

① 제5조에 따라 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 구분에 따른다.

1. 화재보험: 특수건물의 시가(時價)에 해당하는 금액
2. 손해배상책임을 담보하는 보험에 해당하는 부분 중 다음 각 목의 구분에 따른 금액
   가. 사망의 경우: 피해자 1명마다 5천만원 이상으로서 대통령령으로 정하는 금액
   나. 부상의 경우: 피해자 1명마다 사망자에 대한 보험금액의 범위에서 대통령령으로 정하는 금액
   다. 재물에 대한 손해가 발생한 경우 : 화재 1건마다 1억원 이상으로서 국민의 안전 및 특수건물의 화재위험성 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 금액

② 제1항 제1호에 따른 시가의 결정에 관한 기준은 총리령으로 정한다.

【 동법 시행령 제5조 및 제8조 】

제5조(보험금액)

① 법 제8조 제1항 제2호에 따라 특수건물의 소유자가 가입하여야 하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 기준을 충족하여야 한다.

1. 사망의 경우: 피해자 1명마다 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상의 경우: 피해자 1명마다 신체손해배상책임의 부상급별 지급보험금표(【별표42】 신체손해배상책임의 부상급별 지급보험금표 참조)에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이

원인이 되어 신체에 생긴 장애(이하 "후유장애"라 한다)의 경우: 피해자 1명마다 신체손해배상책임의 후유장해등급별 지급보험금표(【별표43】신체손해배상책임의 후유장해등급별 지급보험금표 참조)에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

4. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 사고 1건마다 10억원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 하나의 사고로 제1항 제1호부터 제3호까지 중 둘 이상에 해당하게 된 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 보험금을 지급한다.

1. 부상당한 피해자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항 제1호에 따른 금액과 같은 항 제2호에 따른 금액을 더한 금액
2. 부상당한 피해자에게 후유장애가 생긴 경우: 피해자 1명마다 제1항제2호에 따른 금액과 같은 항 제3호에 따른 금액을 더한 금액
3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 제1항 각 호에 따른 손해액의 범위는 총리령으로 정한다.

제8조(보험금 지급)

① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체 없이 해당 보험금을 지급하여야 한다.

② 손해보험회사는 제1항에 따라 보험금을 지급하였을 때에는 지체 없이 다음 각 호의 사항을 보험계약자에게 통지하여야 한다.

1. 보험금의 지급청구자와 수령자의 주소 및 성명
2. 청구액과 지급액
3. 피해자의 주소 및 성명

【 동법 시행규칙 제2조 】

제2조(손해액)

① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제5조제1항제1호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 사망한 때의 월급액이나 월실수입액(月實收入額) 또는 평균임금에 장래의 취업가능 기간을 곱한 금액
2. 남자 평균임금의 100일분에 해당하는 장례비

② 영 제5조제1항제2호에 따른 손해액은 화재로 인하여 신체에 부상을 입은 경우에 그 부상을 치료하는 데에 드는 모든 비용으로 한다.

③ 영 제5조제1항제3호에 따른 손해액은 그 장애로 인한 노동력 상실 정도에 따라 피해를 입은 당시의 월급액이나 월실수입액 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱한 금액으로 한다.

④ 영 제5조제1항제4호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 피해를 입은 당시의 그 물건의 교환가액 또는 필요한 수리를 하거나 이를 대신할 수리비
2. 제1호의 수리로 인하여 수입에 손실이 있는 경우에는 수리기간 중 그 손실액

4-11. 신체손해배상책임Ⅱ(특수건물) 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용하는 용어의 정의는 아래와 같습니다.

1. 「특수건물」이라 함은 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하 「법」이라 합니다) 제2조 제3호와 동법 시행령(이하 「시행령」이라 합니다) 제2조 제1항에서 정하는 건물을 말합니다.
2. 「건물소유자 배상책임」이라 함은 법 제4조 제1항에서 정하는 배상책임을 말합니다. 단, 특수건물이 주택인 경우에는 폭발, 파열로 인한 「민법」상의 배상책임을 포함합니다.
3. 「피해자」라 함은 특수건물의 소유자 및 그 주거를 같이하는 직계가족(법인인 경우에는 이사 또는 업무집행기관) 이외의 사람을 말합니다.

제2조(보상하는 손해)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 특수건물의 화재로 피해자가 사망하거나 부상함으로써 건물소유자 배상책임에 따라 피보험자가 부담할 손해(이하 「손해」라 합니다)를 보상합니다.

② 회사는 보험의 목적이 주택인 경우에는 폭발, 파열로 인한 손해도 보상합니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피해자의 고의·중과실·법령위반(고의 또는 중과실로 법령을 위반하고 법령위반사실과 보험사고간 인과관계가 있는 경우에 한합니다)으로 생긴 화재(보험의 목적이 주택인 경우에는 폭발, 파열을 포함합니다)로 피해자 본인이 입은 손해
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임. 그러나 약정이 없었더라도 법률규정에 의하여 피보험자가 부담하게 될 배상책임은 보상합니다.
6. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제4조(피보험자의 권리, 의무의 승계)

특수건물이 양도된 경우에 양수인 또는 그 지정하는 자는 이 보험계약에 의한 피보험자의 권리, 의무를 승계한 것으로 봅니다.

제5조(보험금 등의 지급한도)

① 회사가 보상하는 사고당 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자가 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제8조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   나. 피보험자가 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제8조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을

받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 4-0. 배상책임 공통 특별약관 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

② 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」 제8조 제1항 제2호, 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」 제5조, 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙」 제2조에 따라 결정
2. 제1항 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제1항 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액내에서 보상합니다.

③ 보험금의 청구 및 지급방법은 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」 제8조를 따릅니다.

제6조(보험금의 비례배분)

피보험자가 둘 이상인 때에는 회사가 지급할 보험금을 한도로 하여 재해를 입은 특수건물의 소유지분 비율에 따라 보장합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 보험의 목적이 소멸하여 이 특별약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 4-0. 배상책임 공통 특별약관을 따르고, 4-0. 배상책임 공통 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 제8조 】

제8조(보험금액)

① 제5조에 따라 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 구분에 따른다.

1. 화재보험: 특수건물의 시가(時價)에 해당하는 금액
2. 손해배상책임을 담보하는 보험에 해당하는 부분 중 다음 각 목의 구 분에 따른 금액
   가. 사망의 경우: 피해자 1명마다 5천만원 이상으로서 대통령령으로 정하는 금액
   나. 부상의 경우: 피해자 1명마다 사망자에 대한 보험금액의 범위에서 대통령령으로 정하는 금액
   다. 재물에 대한 손해가 발생한 경우 : 화재 1건마다 1억원 이상으로서 국민의 안전 및 특수건물의 화재위험성 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 금액

② 제1항 제1호에 따른 시가의 결정에 관한 기준은 총리령으로 정한다.

【 동법 시행령 제5조 및 제8조 】

제5조(보험금액)

① 법 제8조 제1항 제2호에 따라 특수건물의 소유자가 가입하여야 하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 기준을 충족하여야 한다.

1. 사망의 경우: 피해자 1명마다 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상의 경우: 피해자 1명마다 신체손해배상책임의 부상급별 지급보험금표(【별표42】 신체손해배상책임의 부상급별 지급보험금표 참조)에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이

원인이 되어 신체에 생긴 장애(이하 "후유장애"라 한다)의 경우: 피해자 1명마다 신체손해배상책임의 후유장해등급별 지급보험금표(【별표43】신체손해배상책임의 후유장해등급별 지급보험금표 참조)에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

4. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 사고 1건마다 10억원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 하나의 사고로 제1항 제1호부터 제3호까지 중 둘 이상에 해당하게 된 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 보험금을 지급한다.

1. 부상당한 피해자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항 제1호에 따른 금액과 같은 항 제2호에 따른 금액을 더한 금액
2. 부상당한 피해자에게 후유장애가 생긴 경우: 피해자 1명마다 제1항 제2호에 따른 금액과 같은 항 제3호에 따른 금액을 더한 금액
3. 제1항 제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항 제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 제1항 각 호에 따른 손해액의 범위는 총리령으로 정한다.

제8조(보험금 지급)

① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체 없이 해당 보험금을 지급하여야 한다.

② 손해보험회사는 제1항에 따라 보험금을 지급하였을 때에는 지체 없이 다음 각 호의 사항을 보험계약자에게 통지하여야 한다.

1. 보험금의 지급청구자와 수령자의 주소 및 성명
2. 청구액과 지급액
3. 피해자의 주소 및 성명

【 동법 시행규칙 제2조 】

제2조(손해액)

① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제5조제1항제1호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 사망한 때의 월급액이나 월실수입액(月實收入額) 또는 평균임금에 장래의 취업가능 기간을 곱한 금액
2. 남자 평균임금의 100일분에 해당하는 장례비

② 영 제5조제1항제2호에 따른 손해액은 화재로 인하여 신체에 부상을 입은 경우에 그 부상을 치료하는 데에 드는 모든 비용으로 한다.

③ 영 제5조제1항제3호에 따른 손해액은 그 장애로 인한 노동력 상실 정도에 따라 피해를 입은 당시의 월급액이나 월실수입액 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱한 금액으로 한다.

④ 영 제5조제1항제4호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 피해를 입은 당시의 그 물건의 교환가액 또는 필요한 수리를 하거나 이를 대신할 수리비
2. 제1호의 수리로 인하여 수입에 손실이 있는 경우에는 수리기간 중 그 손실액

5-1. 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 계약(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 및 해당 특별약관에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

④ 계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다.)하던 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급하며, 보험료 납입면제 사유에 해당하는 경우 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차(1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인 것과 배기량 125씨 이하로서 3륜 이상인 자동차를 포함합니다))와 배기량이 50씨씨 미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트 미만)인 이륜자동차를 말합니다.

③ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

5-2. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.

② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 제20조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입 일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

5-3. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

① 이 특별약관은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다.

② 제1조(적용대상)의 계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 1에 해당하는 자 중 보험금의 지정대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정을 포함합니다)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금은 제외합니다)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

5-4. 피보험자 추가 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

① 회사는 이 특별약관에 따라 보험증권에 기재된 피보험자 이외에 아래의 가입대상자 중 보험증권에 기재된 사람을 피보험자로 합니다.

1. 본인의 배우자
2. 본인의 부모
3. 배우자의 부모
4. 본인 또는 배우자의 자녀
5. 본인의 형제 · 자매

② 제1조의 피보험자는 최초계약체결시 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 자를 말합니다.

제2조(피보험자의 변경)

피보험자가 이 보험에서 담보하지 않는 사유로 사망한 경우에 계약자는 피보험자를 변경할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5-5. 장애인전용보험전환 특별약관

제1조(적용범위)

① 이 특별약관은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

【소득세법 제59조의4(특별세액공제)】

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

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

【소득세법 시행령 제118조의4 (보험료세액공제)】

① 법 제59조의4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험 · 공제로서 보험 · 공제 계약 또는 보험료 · 공제료 납입영수증에 장애인전용 보험 · 공제로 표시된 보험 · 공제의 보험료 · 공제료를 말한다.

② 법 제59조의4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험 · 보증 · 공제의 보험료 · 보증료 · 공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

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

【소득세법 시행규칙 제61조의3 (공제대상보험료의 범위)】

영 제118조의4 제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서 규정한 장애인인 보험

【「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위)」에서 규정한 장애인】

①법 제51조제1항제2호에 따른 장애인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다. 〈개정 1997. 9. 30., 2001. 12. 31., 2005. 2. 19., 2018. 2. 13., 2025. 2. 28.〉

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)부터 10)까지 외의 부분 전단에 따른 희귀성난치질환등 또는 이와 유사한 질병 · 부상으로 인해 중단 없이 주기적인 치료가 필요한 사람으로서 의료기관의 장이 취업 · 취학 등 일상적인 생활에 지장이 있다고 인정하는 사람
4. 삭제 〈2025. 2. 28.〉

【소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위등)】

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

【특별약관을 적용할 수 없는 사례1】

전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

【특별약관을 적용할 수 없는 사례2】

전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

【특별약관을 적용할 수 없는 사례3】

전환대상계약의 피보험자 및 보험수익자가 비장애인이고 법정상속인이 장애인인 경우
⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

② 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다.

③ 제2조 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다.

④ 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

① 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하 "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

① 회사는 이 특별약관이 부가된 전환대상계약을 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

【사례】

2026년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2026년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2026년 1월 15일~ 2026년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2026년 6월 1일~2026년 12월 31일) 납입된 보험료만 2026년 특별세액공제 대상이 됩니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해연도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류)제 1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

【사례】

2026년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2026년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2026년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(적용범위)제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조 (적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조(전환 취소)

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

제5조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.

② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

5-6. 전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특별약관을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

제3조(약관교부의 특례)

① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관 및 계약자 보관용 청약서 등(보험증권은 제외하며, 이하 "보험계약 안내자료"라 합니다)을 광기록매체(CD, DVD 등) 및 전자우편 등 전자적 방법으로 교부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수령하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

② 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(보험계약자의 알릴의무)

① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소 등을 지정하여 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소 등이 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.

③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소 등을 사실과 다르게 알리거나 알리지 않는 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소 등으로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소 등을 사실과 다르게 알리거나 알리지 아니하여 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

5-7. 교통사고처리지원금(스쿨존, 어린이 42일미만 치료) 추가보장 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위 및 효력)

이 특별약관은 2011년 4월 1일 이후 판매한 하나손해보험(주)(구. The-K손해보험(주))의 장기보험(이하 "당사"라 합니다)에 아래 열거한 특별약관(이하 "해당 특별약관" 이라 합니다) 중 한 가지 이상에 가입되어 있으며, 제2조(보험금의 지급사유)가 발생한 시점에 "해당 특별약관"이 유효한 계약에 대하여 적용합니다. 다만, 그 "해당 특별약관"이 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유를 이미 포함하고 있는 경우, 이 특별약관을 중복하여 적용하지 않습니다. 또한, 당사에 다수의 "해당 특별약관"(추가된 "해당 특별약관" 포함)을 가입하여 그 중 두 가지 이상의 "해당 특별약관"(추가된 "해당 특별약관" 포함)이 유효한 경우에는 한 개의 "해당 특별약관"에 한하여 이 특별약관을 적용합니다.

· 교통사고처리지원금 특별약관	· 가족 교통사고처리지원금 특별약관

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 스쿨존 내 자동차사고(이하 「스쿨존 내 자동차 운전중 교통사고」 라 합니다)로 어린이(13세 미만인 사람을 말하며, 피보험자의 자녀는 제외합니다. 이하 「피해자」 라 합니다)가 42일(피해자 1명을 기준으로 합니다)미만 치료를 요한다는 진단을 받아 형사합의를 한 경우 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」 이라 합니다)을 교통사고 처리지원금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 이륜자동차를 운전하던 중 발생한 스쿨존 내 자동차 운전중 교통사고로 인한 경우는 제외합니다.

② 제1항의 교통사고처리지원금은 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률(법률 제16829호, 2019. 12. 24, 2020. 3. 25 시행)의 시행일(2020.3.25.) 이후 발생한 스쿨존 내 자동차 운전중 교통사고에 한하여 지급합니다.

【특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13】

자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌 한다.

1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 제1항에서 「자동차」 라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제1항에서 「운전」 이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 교통사고처리지원금은 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 1인당 500만원을 한도로 지급합니다.

② 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1항의 금액을 한도로 보상합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고, 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우, 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

④ 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 스쿨존 내 자동차 운전중 교통사고라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서([별표19] 참조) 중 11에 해당되는 사고로, 특정범죄가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13(어린이보호구역에서 어린이치사상의 가중처벌)에 해당되는 사고를 말합니다.

⑤ 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑥ 제3항에 따라 보험회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
6. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 무면허운전 중, 제44조 술에 취한 상태에서의 운전 중 또는 제45조 약물상태에서 운전 중 사고를 일으킨 때
8. 최초진단 후 추가진단을 받아 최종진단일이 42일이상의 치료를 요하는 진단을 받은 경우

제5조(보험금의 비례분담)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

5-8. 보험계약 변경 정산액 분할납입 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위 및 체결)

이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)의 계약내용 변경으로 인해 계약자적립액의 차이가 발생하고 이에 따라 계약자가 추가납입하여야 할 금액 중 이 특별약관의 사업방법서에서 정한 적용대상 정산액(이하 '정산액'이라 합니다)이 발생한 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

제2조(특별약관의 효력)

① 제1조(특별약관의 적용범위 및 체결)에 따라 이 특별약관이 체결된 때(이하 '체결일'이라 합니다)부터 보험계약은 정산액을 일시에 납입한 것과 동일한 계약변경 효력을 가집니다.

② 계약자는 정산액을 대신하여 분할납입기간 동안 분할납입금액에 체결일 시점의 평균공시이율로 계산한 이자비용을 더한 금액(이하 '최종분할납입금액'이라 합니다)을 매 납입기일까지 납입하여야 합니다. 분할납입금액 및 이자비용에 대한 계산은 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 정한 바를 따릅니다.

③ 제2항의 납입기일은 체결일 이후부터 도래하는 보험계약 보통약관의 납입기일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자 또는 피보험자가 최종분할납입금액의 납입 완료 이전에 보험료, 계약자적립액 등에 영향을 미칠 수 있는 계약내용을 변경하는 경우 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하여야 합니다.

⑥ 보험기간이 끝난 때에 최종분할납입금액의 납입이 완료되지 않은 경우 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하여야 합니다. 계약자가 잔여 분할납입금액을 납입하지 않은 때에는 회사는 잔여 분할납입금액에 이자비용을 더한 금액을 만기환급금에서 차감하여 지급할 수 있습니다.

⑦ 보험계약의 해약환급금 지급사유가 발생한 때에 최종분할납입금액의 납입이 완료되지 않은 경우 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하여야 합니다. 계약자가 잔여 분할납입금액을 납입하지 않은 때에는 회사는 잔여 분할납입금액에 이자비용을 더한 금액을 해약환급금에서 차감하여 지급할 수 있습니다.

⑧ 제4항 내지 제7항에 따라 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하는 경우 잔여 분할납입금액에 직전 최종분할납입금액 납입일 시점부터 일시납입 시점까지의 경과기간에 대한 이자비용을 더하여 납입하여야 합니다. 이자비용에 대한 계산은 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 정한 바를 따릅니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 계약자가 최종분할납입금액의 납입을 완료한 때에는 납입을 완료한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 최종분할납입금액의 납입이 완료되기 전에 사망하였을 경우 제2조(특별약관의 효력) 제8항에서 정한 일시 납입금액을 계약자적립액에서 차감하여 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 최종분할납입금액을 납입기일까지 납입하지 않아 납입이 연체중인 경우 회사는 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)와 보험계약의 해지를 할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

5-9. 보험료 납입유예 특별약관

제1조(목적)

이 특별약관은 회사가 별도로 정하는 보험상품에 대하여 보험계약(특별약관이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특별약관을 포함합니다)의 보험료 납입을 유예하는 것을 목적으로 합니다.

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 해당계약 : 이 특별약관이 부가된 보험계약을 말합니다. 이때, 보험계약은 계약에 부가된 모든 보장성보험을 말합니다.
2. 해당계약 보험료 : 계속 납입하기로 약정한 해당계약의 보험료(이하 '보험료'라 합니다)를 말합니다. 단, 보험료의 대체납입으로 인하여 적립부분 계약자적립액에서 대체 납입하기로 약정한 보험료는 제외합니다.

제3조(신청대상에 관한 사항)

① 이 특별약관은 해당계약의 계약자가 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 한하여 적용합니다.

1. 「계약자 또는 계약자의 배우자(보험료 납입유예 신청일 기준 가족관계증명서 또는 주민등록등본상의 배우자로 하며, 이하 같습니다)」의 출산일로부터 1년 이내인 경우. 이때, 출산은 유산 및 사산은 포함하지 않습니다.
2. 「계약자 또는 계약자의 배우자」가 육아휴직(육아기 근로시간 단축을 포함합니다) 기간 중인 경우

② 제1항 제2호의 육아휴직은 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 및 「국가공무원법」 등 관계 법령에서 정한 바에 따르며, 해당 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 적용대상의 기준이 변경된 경우에는 보험료 납입유예 신청 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

【육아휴직】

「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조(육아휴직), 「국가공무원법」 제71조(휴직)에 따라 근로자 또는 공무원이 만8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 휴직을 말합니다.

【육아기 근로시간 단축】

「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조의2(육아기 근로시간 단축), 「국가공무원법」 제26조의2(근무시간의 단축 임용등)에 따라 근로자 또는 공무원이 만12세 이하 또는 초등학교 6학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 근로시간 단축을 말합니다.

제4조(보험료 납입유예 신청에 관한 사항)

① 계약자는 해당계약 기본계약의 보험료 납입기간 중 1회에 한하여 계약자가 제3조(신청대상에 관한 사항)에 따른 적용대상에 해당하는 경우 회사가 정한 방법에 따라 보험료 납입의 일시중지(이하 '납입유예'라 합니다)를 신청할 수 있습니다. 이때, 계약자는 납입유예 신청시 보험료 납입이 유예될 기간(이하 '납입유예기간'이라 한다)을 「6개월 또는 12개월」 중 하나의 기간으로 선택해야합니다. 이때 납입유예기간은 해당계약 기본계약의 보험료 납입주기 이상으로 선택 가능합니다.

【유의사항】

기본계약의 보험료 납입주기가 "연납"인 경우에는 납입유예기간은 12개월에 한하여 선택이 가능합니다.

② 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입유예를 신청하여야 합니다.

1. 보험료 납입유예 신청서(회사 양식)
2. 출산 또는 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함)을 확인할 수 있는 서류
   가. 출산 : 출생증명서, 주민등록등본, 가족관계증명서
   나. 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) : 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) 확인서, 주민등록등본, 가족관계증명서
3. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 신청할 수 없습니다.

1. 이미 납입유예를 신청한 경우(제5조 제8항에 따라 취소한 경우 및 다른 제도성 특별약관을 통해 납입유예를 신

청한 경우를 포함)

2. 해당계약의 기본계약 보험료 납입이 완료된 계약(기본계약의 보험료가 납입면제된 계약 및 기본계약의 보험료 납입기간이 지난 계약을 포함) 또는 기본계약의 보험료 의무납입이 종료된 계약
3. 보험료 납입연체가 있는 경우. 다만, 연체된 보험료를 모두 납입한 경우 납입유예 신청이 가능합니다.
4. 보험료 납입 일시중지, 자동대출납입 또는 전액자동대체납입이 적용된 계약
5. 중도인출 또는 보험계약대출이 적용된 계약
6. 해당계약 기본계약의 잔여 납입기간(기본계약이 갱신형인 경우 기본계약 갱신일까지의 잔여 납입기간)이 2년 미만인 경우. 단, 기본계약의 잔여 납입기간이 2년 미만이면서 1년 이상인 경우에 해당되는 경우, 6개월 납입유예만 신청이 가능합니다.
7. 납입유예기간 동안 납입하지 않을 해당계약 보험료(이하 '납입유예 보험료'라 합니다) 총액이 납입유예 신청 시점 해당계약의 해약환급금(단, 보험료의 대체납입으로 인하여 적립부분 계약자적립액에서 대체납입 예정인 보험료가 있는 경우 해당 금액을 해약환급금에서 차감합니다)을 초과하는 경우. 단, '납입유예기간 중 갱신형 특별약관의 갱신일이 도래하여 납입유예기간 동안 납입유예 보험료가 해당계약의 해약환급금을 초과하는지 판단할 수 없는 경우'에는 납입유예 신청일 기준의 갱신형 보험의 요율에서 갱신시 연령증가분만 반영하여 초과 여부를 판단합니다.
8. 납입유예기간 동안 적립부분 계약자적립액에서 대체납입 예정인 보험료가 적립부분 계약자적립액을 초과하는 날이 있는 경우

제5조 (보험료 납입유예에 관한 사항)

① 납입유예를 신청한 경우 계약자는 신청 이후 최초 도래하는 해당계약의 납입기일부터 납입유예기간 동안 보험료를 납입하지 않으며 이 경우에도 회사는 납입유예기간 동안 보험료가 정상적으로 납입된 경우와 동일하게 보장하고, 계약자적립액 등을 계산합니다.

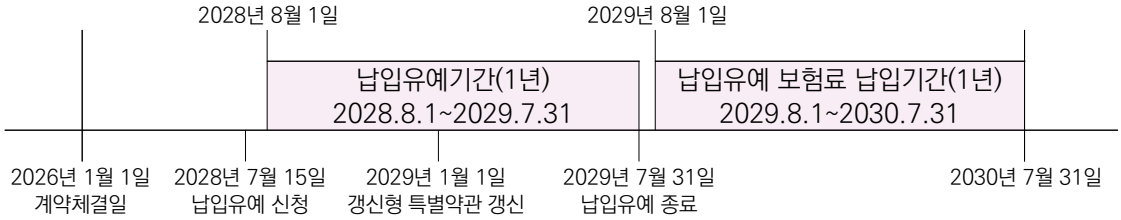
② 납입유예기간 직후 최초로 도래하는 납입기일부터 납입유예기간과 동일 기간(이하 '납입유예 보험료 납입기간'이라 한다)동안 납입유예 보험료를 납입유예 보험료 납입기간의 보험료와 함께 납입해야 합니다. 이때, 납입유예 보험료 납입기간의 보험료란 납입유예 신청 전의 해당 기간 납입기일에 정상적으로 납입해야 할 보험료(이하 '납입유예 보험료 납입기간 정상보험료'라 한다)를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 적립보험료의 경우 보험료 납입유예를 적용하지 않습니다. 즉, 납입유예기간 동안 적립보험료의 납입을 중지하며, 납입유예기간 직후 최초로 도래하는 납입기일로부터 적립보험료의 납입을 재개합니다.

④ 제2항에서 납입유예기간 중 해당계약 갱신형 특별약관의 갱신일 도래시, 갱신형 특별약관의 납입유예 보험료는 갱신일 이전기간에 대해서는 갱신 전 보험료, 갱신일 이후 기간에 대해서는 갱신 후 보험료로 합니다.

【보험료 납입유예 예시】

기준: 기본계약 세만기(월납, 20년납), 갱신형 특별약관 갱신주기 3년, 납입기일 매월 1일, 납입유예기간 1년



구 분	납입보험료	납입유예기간	납입유예 보험료 납입기간	납입유예 보험료
기본계약	10만원	2028.8.1 ~ 2029.7.31 (1년)	2029.8.1 ~ 2030.7.31 (1년)	10만원 X 12회
갱신형 특별약관	최초계약: 3만원 1회차 갱신계약: 4만원			최초계약: 3만원 X 5회 1회차 갱신계약: 4만원 X 7회

⑤ 납입유예 보험료 납입기간 동안 납입유예 보험료와 납입유예 보험료 납입기간 정상보험료를 납입하지 않아 보험료의 납입이 연체되는 경우에는 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에 따라 해당계약은 해지될 수 있습니다. 이때, 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에서의 보험료는 '납입유예 보험료'를 포함하는 것으로 보며, '납입최고(독촉)기간

이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용'에는 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 납입이 완료되지 않은 납입유예 보험료 전액이 차감된다는 내용을 포함합니다.

⑥ 제5항에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)' 조항에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이때, 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)' 조항에서의 보험료는 '납입유예 보험료'를 포함하는 것으로 봅니다.

⑦ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 해당계약 전체 또는 일부의 보험료 납입면제 사유 발생으로 보험료가 납입면제 된 경우, 계약자는 즉시 납입면제 되기 전까지의 해당계약의 납입유예 보험료 전체를 일시 납입하여야 하며, 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 납입유예 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 해지될 수 있습니다.

⑧ 계약자는 납입유예기간 동안 보험료를 납입할 수 없으며, 계약자가 납입유예기간이 종료되기 전에 보험료를 납입하고자 하는 경우에는 회사에 보험료 납입유예 취소 신청을 하고 보험료를 납입할 수 있습니다. 이 경우 납입유예기간은 그 때부터 종료되며, 계약자는 납입유예기간 종료 후 도래하는 해당계약 보험료 납입기일까지 해당계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 또한 납입유예 취소 신청시 납입유예 취소 신청전까지의 납입유예 보험료 전액을 일시에 납입하여야 합니다.

⑨ 제2항에도 불구하고 계약자의 선택에 따라 납입유예 보험료 납입기간 중에 납입유예 보험료를 일시에 납입하는 방법으로 변경할 수 있습니다.

⑩ 제2항에도 불구하고 납입유예 보험료 납입기간 정상보험료를 선납하고자 하는 경우에는 납입유예 보험료를 일시에 납입해야 합니다. 이때, 선납 할인이 있는 경우에도 납입유예 보험료는 선납 할인 대상에서 제외합니다.

⑪ 제9항 및 제10항의 경우 납입유예 보험료 납입기간은 종료된 것으로 봅니다.

⑫ 계약자는 납입유예기간 및 납입유예 보험료 납입기간 동안 보험가입금액 감액, 계약자, 납입기간 및 기타 계약의 내용을 변경할 수 없습니다.

⑬ 계약자는 납입유예기간 및 납입유예 보험료 납입기간 동안 중도인출, 보험계약대출 및 중도부가서비스를 신청할 수 없습니다.

⑭ 회사는 납입유예기간 종료일 1개월 이전까지 계약자에게 납입유예기간의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항 및 납입유예 신청 및 처리로 인해 계약에 적용되는 주요사항을 전자문서 등의 방법으로 안내합니다.

⑮ 회사는 해당계약의 전부 또는 일부에 대해 해약환급금 또는 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우 지급사유가 발생하기 전까지의 '각 지급금에 해당하는 해당계약의 납입유예 보험료'를 해약환급금 또는 보험금에서 차감하여 지급하거나, 일시 납입을 요구할 수 있으며 이 경우 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

무배당 하나더베스트 운전자상해종합보험(2604)
별 표

【별표1】 장해분류표

1 총칙

1. 장해의 정의

1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.

2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.

3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.

4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.

5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

'신체부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.

2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.

3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.

4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

2 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.

2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.

3) '한눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.

4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.

※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.

6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해' 라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우

나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우

7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해 진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.

8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.

9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.

10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때' 라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.

12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장해를 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.

2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.

3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

4) '약간의 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.

2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) '평형기능에 장해를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준

1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.

2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.

3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.

4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
   나) 위 · 아래턱(상 · 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
   다) 위 · 아래턱(상 · 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
   라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
   나) 위 · 아래턱(상 · 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
   다) 위 · 아래턱(상 · 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
   라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위 · 아래턱(상 · 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
   나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
11) 뇌 · 중추신경계 손상(정신 · 인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계 · 정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.

2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.

3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.

5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 5cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/2 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 2cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/4 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6 ~ 11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.

2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.

나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.

다) 척추(등뼈)의 기형장해는 '〈붙임2〉산업재해보상보험법 시행규칙'상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.

5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

라) 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI : Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm이상 분리된 부정유합 상태

나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

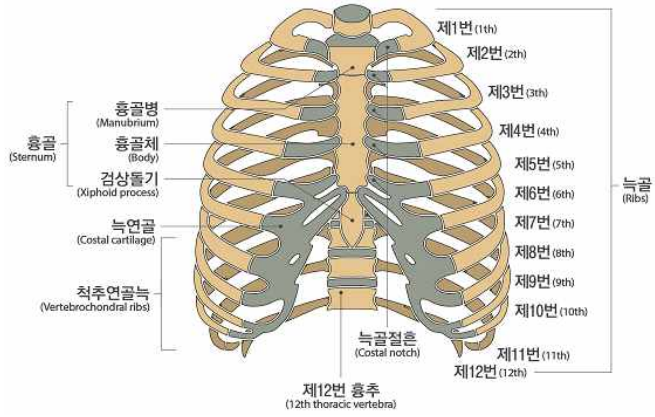
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

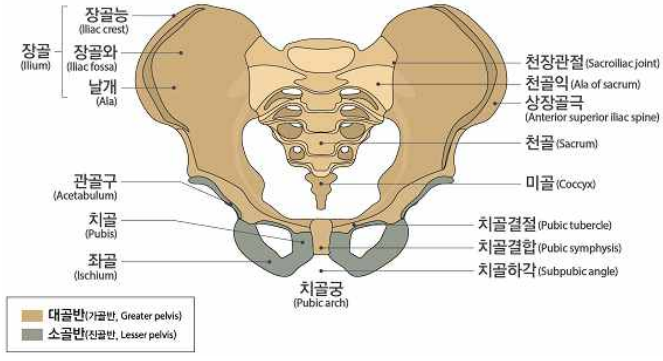
4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



【가슴뼈】



【골반뼈】



8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.

4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.

5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.

가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 '〈붙임2〉산업재해보상보험법 시행규칙' 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.

4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.

5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.

가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 '〈붙임2〉산업재해보상보험법 시행규칙' 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모

두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.

5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

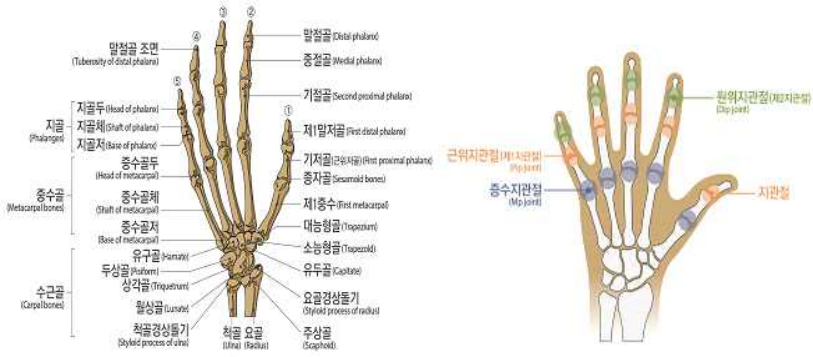
7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 '〈붙임2〉산업재해보상보험법 시행규칙' 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



【손가락】



11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.

4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.

5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

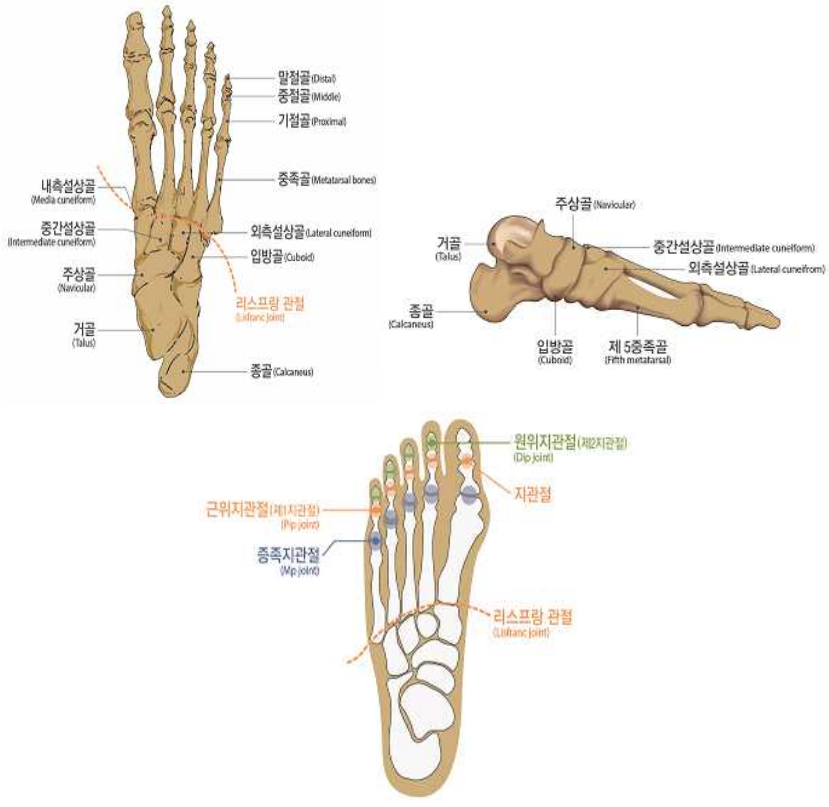
6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.

7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 '〈붙임2〉산업재해보상보험법 시행규칙' 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



【발가락】



12. 흉 · 복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.

2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때

다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때

나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태

다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때

라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우

바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때

나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때

다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT) 상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.

7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '〈붙임1〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.

8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계 · 정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR척도 5점	100
8) 심한치매 : CDR척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 뇌전증발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "〈붙임1〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 "〈붙임1〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표" 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간 중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준'[주] 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장해측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원 · 약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반 공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) "치매"라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증

가) "뇌전증"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) "심한 뇌전증 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라) "뚜렷한 뇌전증 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) "약간의 뇌전증 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

【붙임1】 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 · 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 상 · 하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상 · 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상 · 하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

【붙임2】 산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장해의 측정)

① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다. 〈개정 2020. 1. 10.〉

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다. 〈개정 2019. 10. 15.〉

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다. 〈신설 2016. 3. 28. , 2019. 10. 15.〉

1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

【별표2】 골절(치아파절제외) 분류표

약관에 규정하는 골절(치아파절제외)로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절(치아파절제외) 해당 여부를 판단합니다.

대상상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02(S02.5 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 골절(치아파절제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표3】 골절 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 판단합니다.

대상상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표4】 5대골절 분류표

약관에 규정하는 5대골절은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 5대골절 해당 여부를 판단합니다.

대상상병	분 류 번 호
1. 머리의 으깸손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0~S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 5대골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표5】 화상 분류표

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 화상 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T20
2. 몸통의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T26
8. 기도의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T32
14. 방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 화상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표6】 뇌·내장손상 분류표

약관에 규정하는 뇌·내장손상은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌·내장손상 해당 여부를 판단합니다.

대상상병명		분류번호
뇌손상	[두개골 및 안면골의 골절]	
	1. 두개원개의 골절	S02.0
	2. 두개저의 골절	S02.1
	3. 안와 바닥의 골절	S02.3
	4. 두개골 및 안면골을 침범한 다발 골절	S02.7
	5. 기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
	6. 두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9
	[두개내 손상]	
	1. 미만성 뇌 손상	S06.2
	2. 경막외출혈	S06.4
	3. 외상성 경막하 출혈	S06.5
	4. 외상성 거미막하 출혈	S06.6
	5. 지속적 혼수를 동반한 두개내 손상	S06.7
	6. 기타 두개내 손상	S06.8
	7. 상세불명의 두개내 손상	S06.9
	[머리의 으깸손상]	
	1. 두개골의 으깸손상	S07.1
	2. 머리의 기타 부분의 으깸손상	S07.8
	[머리부분의 외상성 절단]	
	1. 머리의 기타 부분의 외상성 절단	S08.8
	[머리의 기타 및 상세불명의 손상]	
	1. 달리 분류되지 않은 머리의 혈관 손상	S09.0
	2. 머리의 다발손상	S09.7
내장손상	[심장의 손상]	
	1. 혈심낭을 동반한 심장손상	S26.0
	2. 심장의 기타 손상	S26.8
	3. 심장의 상세불명 손상	S26.9
	[기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상]	
	1. 폐의 기타 손상	S27.3
	2. 기관지의 손상	S27.4
	3. 흉부기관의 손상	S27.5
	4. 흉막의 손상	S27.6
	5. 흉곽내 기관의 다발손상	S27.7
	6. 기타 명시된 흉곽내 기관의 손상	S27.8
	7. 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27.9
	[흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단]	S28
	[흉부의 기타 및 상세불명의 손상]	S29
	[복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상]	S35
	[복강내 기관의 손상]	
	1. 비장의 손상	S36.0
	2. 간 또는 담낭의 손상	S36.1
	3. 췌장의 손상	S36.2
	4. 위의 손상	S36.3
	5. 소장의 손상	S36.4
	6. 결장의 손상	S36.5
	7. 직장의 손상	S36.6
	8. 다발성 복강내 기관의 손상	S36.7
	9. 복막의 손상	S36.8
	10. 후복막의 손상	S36.8
	[비뇨 및 골반기관의 손상]	
	1. 신장의 손상	S37.0

대상상병명		분류번호
	2. 요관의 손상	S37.1
	3. 방광의 손상	S37.2
	4. 요도의 손상	S37.3
	5. 난소의 손상	S37.4
	6. 난관의 손상	S37.5
	7. 자궁의 손상	S37.6
	8. 다발성 골반기관의 손상	S37.7
	9. 기타 골반기관의 손상	S37.8
	[복부, 아래등 및 골반 부분의 으깸손상 및 외상성절단]	S38
	[복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명의 손상] 1. 골반기관을 동반한 복강내 기관의 손상	S39.6

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 뇌·내장손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표7】 자동차사고부상등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제3조 제1항 제2호와 관련되며, 법령 변경시 변경된 법령 시행일 이후에 발생한 보험사고에 한하여 변경된 내용을 적용합니다.

1. 상해의 구분

상해급별	상해내용
1급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다)
	2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해
	3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해
	4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해
	5. 척주 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해
	6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절
	7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절
	8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해
	9. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해(주관절부 이단을 포함한다)
	10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해
	11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해
	12. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다)
	14. 화상 · 좌창 · 괴사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해
	15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해
	3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해
	4. 신장 파열로 수술한 상해
	5. 척주 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해
	6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 할로베스트나 수술적 고정술을 시행한 상해
	7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해
	8. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다)
	10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해
	11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절
	12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
	13. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해
	15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
	3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해
	4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다)
	6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해
	7. 내부 장기 손상으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해(장간막 파열을 포함한다)
	8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해
3급	9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해

상해급별	상해내용
	10. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해(주관절부 이단을 포함한다)
	11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
	12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다)
	14. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열
	16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
	17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해
	18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
	2. 각막 이식술을 시행한 상해
	3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다)
	5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다)
	6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	7. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행한 상해(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다)
	8. 상완골 경부 골절
	9. 상완골 간부 분쇄성 골절
	10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절로 수술을 시행한 상해(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다)
	11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다)
	12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다)
	13. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	14. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)
	15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해
	16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해
	18. 골반환이 안정적인 골반골 골절로 수술을 시행한 상해(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)
	19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해
	20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	22. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	23. 거골 또는 종골 골절
	24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해
	26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해
	27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해
	3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해
	4. 안정성 추체 골절
	5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해
	6. 상완골 간부 골절
5급	7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해
	8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해
	9. 요골 경상돌기 골절

상해급별	상해내용
	10. 요골 원위부 관절내 골절
	11. 수근 주상골 골절
	12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다)
	15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
	17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절
	18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열
	20. 슬개골 골절
	21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다)
	22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다)
	24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다)
	25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해
	26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해
	29. 사지 근 또는 건 파열로 6개 이상의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해
	30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해
	31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해
	32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해
	33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다)
	2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
	3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	4. 심장 타박
	5. 폐좌상(일측 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다)
	6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해
	7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해
	8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해
	9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해
	10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	12. 상완골 대결절 견열 골절
	13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다)
	14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해
	17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절
	18. 요골 경부 골절
	19. 척골 주두부 골절
6급	20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다)
	21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구
	22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해

상해급별	상해내용
	25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해
	26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개
	28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해
	29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	30. 사지 근 또는 건 파열로 3 ~ 5개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해
	31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절
	2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해
	3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해
	4. 골다공증성 척추 압박골절
	5. 쇄골 골절
	6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다)
	7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열
	8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
	10. 척골 경상돌기 기저부 골절
	11. 삼각섬유연골 복합체 손상
	12. 요수근관절 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)
	13. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)
	14. 주상골 외 수근골 골절
	15. 수근부 주상골 · 월상골간 인대 파열
	16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구
	17. 다발성 중수골 골절
	18. 중수수지관절의 골절 및 탈구
	19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	20. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해
	21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절
	23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절
	25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
	2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절
	3. 외상성 시신경병증
	4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해
	5. 복합 고막 파열
	6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해
	7. 3개 이상의 다발성 늑골 골절
8급	8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절
	9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절. 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해
	11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	12. 중수골 골절
	13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구

상해급별	상해내용
	14. 다발성 수지골 골절
	15. 무지 중수지관절 측부인대 파열
	16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해
	17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
	18. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
	19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
	20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해
	21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해
	23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해
	24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해
	25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해
	2. 2개 이하의 단순 늑골골절
	3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해
	4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해
	5. 흉골 골절
	6. 추간판 탈출증
	7. 흉쇄관절 탈구
	8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
	9. 요수근관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)
	10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해
	11. 수지관절 탈구
	12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
	13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
	14. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절
	16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
	17. 수족지 신전건 1개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해
	18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해
	19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3cm 이상 안면부 열상
	2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해
	3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해
	4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
	5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해
	6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
10급	7. 하지 3대 관절의 혈관절증
	8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해
	9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	1. 뇌진탕
	2. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행하지 않는 상해
	3. 수지골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
	4. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해

상해급별	상해내용
	6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애
	2. 3cm 미만 안면부 열상
	3. 척추 염좌
	4. 사지 관절의 근 또는 건의 단순 염좌
	5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다)
	6. 사지 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 열상으로 일차 봉합술을 시행한 상해
	2. 단순 고막 파열
	3. 흉부 타박상으로 늑골 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해
	4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	2. 수족지 관절 염좌
	3. 사지의 단순 타박
	4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

2. 영역별 세부지침

영역		내용
공통		가. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해부터 하위 3등급(예: 상해내용이 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높이 적용(이하 "병급"이라 한다)한다.
		나. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 각각의 상해 등급을 적용하되, 그 합산액이 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 상해등급별 해당 금액을 더한 금액을 적용한다
		다. 1개의 상해에서 2개 이상의 상향 또는 하향 조정의 요인이 있을 때 등급 상향 또는 하향 조정은 1회만 큰 폭의 조정을 적용한다. 다만, 상향 조정 요인과 하향 조정 요인이 여러 개가 함께 있을 때에는 큰 폭의 상향 또는 큰 폭의 하향 조정 요인을 각각 선택하여 함께 반영한다.
		라. 재해 발생 시 만 13세 미만인 사람은 소아로 인정한다.
		마. 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술, 유경 피판술, 원거리 피판술, 국소 피판술이나 피부 이식술을 시행할 경우 안면부는 1등급 상위등급을 적용하고, 수부, 족부에 국한된 손상에 대해서는 한 등급 아래의 등급을 적용한다.
두부		가. "뇌손상"이란 국소성 뇌손상인 외상성 두개강안의 출혈(경막상 · 하 출혈, 뇌실 내 및 뇌실질 내 출혈, 거미막하 출혈 등을 말한다) 또는 경막하 수활액낭종, 거미막 낭종, 두개골 골절(두개 기저부 골절을 포함한다) 등과 미만성 축삭손상을 포함한 뇌좌상을 말한다.
		나. 4급 이하에서 의식 외에 뇌신경 손상이나 국소성 신경학적 이상 소견이 있는 경우 한 등급을 상향조정할 수 있다.
		다. 신경학적 증상은 글라스고우 혼수척도(Glasgow coma scale)로 구분하며, 고도는 8점 이하, 중등도는 9 ~ 12점, 경도는 13 ~ 15점을 말한다.
		라. 글라스고우 혼수척도는 진정치료 전에 평가하는 것을 원칙으로 한다.
		마. 글라스고우 혼수척도 평가 시 의식이 있는 상태에서 기관지 삽관이 필요한 경우는 제외한다.
		바. 의무기록 상 의식상태가 혼수(coma)와 반혼수(semicoma)는 고도, 혼미(stupor)는 중등도, 기면(drowsy)은 경도로 본다.
		사. 두피 좌상, 열창은 14급으로 본다.
		아. 만성 경막하 혈종으로 수술을 시행한 경우에는 6급 2호를 적용한다.
		자. 외상 후 급성 스트레스 장애는 다른 진단이 전혀 없이 단독 상병으로 외상 후 1개월 이내 발병된 경우에 적용한다.
흉 · 복부		심장타박(6급)의 경우, ①심전도에서 Tachyarrythmia 또는 ST변화 또는 부정맥, ②심초음파에서 심낭액증가소견이 있거나 심장벽운동저하, ③심장효소치증가(CPK-MB, and Troponin T)의 세가지 요구 충족 시 인정한다.
척추		가. 완전 마비는 근력등급 3 이하인 경우이며, 불완전 마비는 근력등급 4인 경우로 정한다.
		나. 척추관 협착증이나 추간판 탈출증이 외상으로 증상이 발생한 경우나 악화된 경우는 9급으로 본다.
		다. 척주 손상으로 인하여 신경근증 이나 감각이상을 호소하는 경우는 9급으로 본다.
		라. 마미증후군은 척수손상으로 본다.
상 · 하지	공통	가. 2급부터 11급까지의 내용 중 사지 골절에서 별도로 상해 등급이 규정되지 않은 경우, 보존적 치료를 시행한 골절은 해당 등급에서 2급 낮은 등급을 적용하며, 도수 정복 및 경피적 핀고정술을 시행한 경우에는 해당 등급에서 1급 낮은 등급을 적용한다.
		나. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절 또는 탈구에서 거스틸로 2형 이상(개방창의 길이가 1cm 이상인 경우를 말한다)의 개방성 골절 또는 탈구에서만 1등급 상위 등급을 적용한다.
		다. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 "수술적 치료를 시행하지 않은"이라고 명기되지 않은 각 등급 손상 내용은 수술적 치료를 시행한 경우를 말하며, 보존적 치료를 시행한 경우가 따로 명시되지 않은 경우는 두 등급 하향 조정함을 원칙으로 한다.
		라. 양측 또는 단측을 별도로 규정한 경우에는 병합하지 않으나, 별도 규정이 없는 양측 손상인 경우에는 병합한다.
		마. 골절에 주요 말초신경의 손상 동반 시 해당 골절보다 1등급 상위 등급을 적용한다.
상 ·	공통	바. 재접합술을 시행한 절단소실의 경우 해당부위의 절단보다 2급 높은 등급을 적용한다.

영역		내용
하지		사. 아절단은 완전 절단에 준한다.
		아. 관절 이단의 경우는 상위부 절단으로 본다.
		자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다.
		차. 사지 근 또는 건의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근 또는 건의 단순 염좌(12급)로 본다.
		카. 사지 관절의 인공관절 재치환 시 해당 부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다.
		타. 보존적으로 치료한 사지 주요관절 골절 및 탈구는 해당관절의 골절 및 탈구보다 3등급 낮은 등급을 적용한다.
		파. 수술을 시행한 사지 주요 관절 탈구는 해당 관절의 보존적으로 치료한 탈구보다 2등급 높은 등급을 적용한다.
		하. 동일 관절 혹은 동일 골의 손상은 병합하지 않으며 상위 등급을 적용한다
		거. 분쇄 골절을 형성하는 골절선은 선상 골절이 아닌 골절선으로 판단한다.
		너. 수족지 절단 시 절단부위에 따른 차이는 두지 않는다.
	상지	가. 상부관절순 파열은 외상성 파열만 인정한다.
		나. 회전근개 파열 개수에 따른 차등을 두지 않는다.
		다. "근, 건, 인대 파열"이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다.
		라. 사지골 골절 중 상해등급에서 별도로 명시하지 않은 사지골 골절(견열골절을 포함한다)은 제불완전골절로 본다. 다만, 관혈적 정복술을 시행한 경우는 해당 부위 골절 항에 적용한다.
		마. 사지골 골절 시 시행한 외고정술도 수술을 한 것으로 본다.
		바. 소아의 경우, 성인의 동일 부위 골절보다 1급 낮게 적용한다. 다만, 성장판 손상이 동반된 경우와 연부조직 손상은 성인과 동일한 등급을 적용한다.
		사. 6급의 견관절 탈구에서 재발성 탈구를 초래할 수 있는 해부학적 병변이 병발된 경우는 수술 여부에 상관없이 6급을 적용한다.
		아. 견봉 쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉 쇄골간 인대 파열은 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열에 포함되고, 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열로 수술한 경우 7급을 적용하며, 부분 파열로 보존적 치료를 시행한 경우 9급을 적용하고, 단순 염좌의 경우 12급을 적용한다.
		자. 주요 동맥 또는 정맥 파열로 봉합술을 시행한 상해의 경우, 주요 동맥 또는 정맥이란 수술을 통한 혈행의 확보가 의학적으로 필요한 경우를 말하며, "다발성 혈관 손상"이란 2부위 이상의 주요 동맥 또는 정맥의 손상을 말한다.
	하지	가. 양측 치골지 골절, 치골 상하지 골절 등에서는 병급하지 않는다.
		나. 천골 골절, 미골 골절은 골반골 골절로 본다.
		다. 슬관절 십자인대 파열은 전후방 십자인대의 동시 파열이 별도로 규정되어 있으므로 병급하지 않으나 내외측 측부인대 동시 파열, 십자인대와 측부인대 파열, 반월상 연골판 파열 등은 병급한다.
		라. 후경골건 및 전경골건 파열은 족관절 측부인대 파열로 수술을 시행한 경우의 등급으로 본다.
		마. 대퇴골 또는 경비골의 견열성 골절의 경우, 동일 관절의 인대 손상에 대하여 수술적 치료를 시행한 경우는 인대 손상 등급으로 본다.
		바. 경골 후과의 단독 골절 시 족관절 내과 또는 외과의 골절로 본다.
		사. 고관절이란 대퇴골두와 골반골의 비구를 포함하며, "골절 탈구"란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다.
		아. 불안정성 골반 골절은 골반환을 이루는 골간의 골절 탈구를 포함한다.
		자. "하지의 3대 관절"이란 고관절, 슬관절, 족관절을 말한다.
상·하지	하지	차. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열은 인대 복원수술을 시행하거나 완전 파열에 준하는 파열에 적용한다.
		카. 골반환이 안정적인 골반골의 수술을 시행한 골절은 치골 골절로 수술한 경우 등을 포함한다.

【별표8】 '변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙'에서 정한 변호사 비용

소송목적의 값	변호사지급액
300만원까지	30만원
300만원초과 ~ 2천만원	30만원 + (소송목적의 값 - 300만원) × 10%
2천만원초과 ~ 5천만원	200만원 + (소송목적의 값 - 2천만원) × 8%
5천만원초과 ~ 1억원	440만원 + (소송목적의 값 - 5천만원) × 6%
1억원초과 ~ 1억5천만원	740만원 + (소송목적의 값 - 1억원) × 4%
1억5천만원초과 ~ 2억원	940만원 + (소송목적의 값 - 1억5천만원) × 2%
2억원초과 ~ 5억원	1,040만원 + (소송목적의 값 - 2억원) × 1%
5억원초과	1,340만원 + (소송목적의 값 - 5억원) × 0.5%

※ '변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙'에 정한 변호사비용이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

【별표9】 '민사소송 등 인지법'에서 정한 인지액

소송목적의 값	인지액
1천만원미만	소송목적의 값 × 0.5%
1천만원 ~ 1억원미만	5,000원 + 소송목적의 값 × 0.45%
1억원 ~ 10억원미만	55,000원 + 소송목적의 값 × 0.40%
10억원이상	555,000원 + 소송목적의 값 × 0.35%

※ 항소심의 경우 상기한도의 1.5배, 상고심의 경우 2.0배를 적용합니다.
※'민사소송 등 인지법'에서 정한 인지액이 변경되는 경우에는 변경된 법에 따릅니다.

【별표10】 '송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령' 에서 정한 송달료

심급별	송달료
1심 민사소액/민사단독/민사합의	90,000원 / 135,000원 / 135,000원
항소심/상고심	108,000원 / 72,000원

※ '송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령'이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

【별표11】 중대한 특정상해 분류표

약관에 규정하는 중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중대한 특정상해 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류번호
뇌손상	두개내 손상	S06
내장손상	심장의 손상 기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상 복부내 기관의 손상 비뇨 및 골반 기관의 손상	S26 S27 S36 S37

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 중대한 특정상해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표12】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
보통약관 및 특별약관 보장 보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
만기환급금 및 해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율의 50%
		1년초과기간 : 공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

3. 가산이율 적용시 보통약관 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.

5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

6, 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

【별표13】 민법 제27조, 제777조

[시행 2018.2.1.] [법률 제14965호, 2017.10.31., 일부개정]

【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 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

【민법 제777조(친족의 범위)】

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각 호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

【별표14】 의료법 제3조

[시행 2019.11.28.] [법률 제16555호, 2019.8.27., 일부개정]

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. 〈개정 2019. 4. 23.〉

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

【별표15】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 · 시행령, 개인정보보호법

□ 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

[시행 2024. 8. 14.] [법률 제20304호, 2024. 2. 13., 일부개정]

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」 제2조 제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조 제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음 하는 등 증거자료를 확보 · 유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성 · 최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다.

③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.

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 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.

1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 또는 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리 · 활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 제17조 제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도 · 분할 · 합병 등의 이유로 권리 · 의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가 · 허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
7. 조세에 관한 법률에 따른 질문 · 검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무 · 기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등

상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.

9의3. 제17조의2 제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우

9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충 되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우

가. 양 목적 간의 관련성

나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위

다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향

라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부

10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우

11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.

⑧ 제6항 제3호에 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)

① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.

1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우

2 제 1호의 목적 외에 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우

3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)

4. 제32조 제6항 각 호의 경우

5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

[전문개정 2020. 2. 4.]

□ 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

[시행 2024. 7. 30.] [대통령령 제34781호, 2024. 7. 30., 일부개정]

제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

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. 〈개정 2015. 9. 11., 2020. 8. 4.〉

1. 개인신용정보를 제공받는 자

2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적

3. 제공하는 개인신용정보의 내용

4. 개인신용정보를 제공받는 자(개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간

5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다. 〈개정 2015. 9. 11.〉

④ 법 제32조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 방식"이란 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하여 동의를 받는 방식을 말한다. 〈신설 2015. 9. 11.〉

⑤ 제4항의 방식으로 해당 신용정보주체로부터 개인신용정보의 제공에 관한 동의를 받는 경우 신용정보제공·이용자와 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 채택하여 활용해야 한다. 〈개정 2015. 9. 11., 2020. 8. 4.〉

1. 금융거래 등 상거래관계의 유형·특성·위험도
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 업무 또는 업종의 특성
   가. 신용정보제공·이용자
   나. 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
   다. 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
3. 정보 제공 동의를 받아야 하는 신용정보주체의 수

⑥ 법 제32조제2항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 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. 〈개정 2020. 8. 4.〉

1. 개인신용정보를 제공하는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공받는 개인신용정보의 항목
4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동의의 효력기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

⑦ 법 제32조제3항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 신용정보주체로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등으로 확인하고, 확인한 사항의 진위 여부를 주기적으로 점검해야 한다. 〈개정 2015. 9. 11., 2020. 8. 4.〉

⑧ 법 제32조제4항 전단에 따라 신용정보제공·이용자가 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하는 경우에는 다음 각 호의 사항 등을 고려해야 한다. 〈신설 2015. 9. 11., 2020. 8. 4.〉

1. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 그 신용정보주체와의 금융거래 등 상거래관계를 설정·유지할 수 없는지 여부
2. 해당 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의함으로써 제공·활용되는 개인신용정보가 신용정보제공·이용자와의 상거래관계에 따라 신용정보주체에게 제공되는 재화 또는 서비스(신용정보주체가 그 신용정보제공·이용자에게 신청한 상거래관계에서 제공하기로 한 재화 또는 서비스를 그 신용정보제공·이용자와 별도의 계약 또는 약정 등을 체결한 제3자가 신용정보주체에게 제공하는 경우를 포함한다)와 직접적으로 관련되어 있는지 여부
3. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 법 또는 다른 법령에 따른 의무를 이행할 수 없는지 여부

⑨ 신용정보제공·이용자가 법 제32조제4항 전단에 따라 필수적 동의 사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 동의를 받는 경우 동의서 양식을 구분하는 등의 방법으로 신용정보주체가 각 동의사항을 쉽게 이해할 수 있도록 해야 한다. 〈신설 2015. 9. 11., 2020. 8. 4.〉

⑩ 법 제32조제6항제4호에서 "채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 목적을 말한다. 〈개정 2011. 8. 17., 2015. 9. 11., 2017. 1. 10., 2020. 8. 4.〉

1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적
2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 않은 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제9항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용

평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적

5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적

6. 「민법」 제450조에 따라 지명채권을 양수한 신용정보제공·이용자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하거나 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적

가. 지명채권의 양도인이 그 지명채권의 원인이 되는 상거래관계가 설정될 당시 법 제32조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받는 것에 대하여 해당 채무자로부터 동의를 받은 경우

나. 법 또는 다른 법령에 따라 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받을 수 있는 경우

7. 삭제 〈2020. 8. 4.〉

⑪ 법 제32조제6항제11호에서 "대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 경우를 말한다. 〈개정 2020. 8. 4.〉

1. 장외파생상품 거래의 매매에 따른 위험 관리 및 투자자보호를 위해 장외파생상품 거래와 관련된 정보를 금융위원회, 금융감독원 및 한국은행에 제공하는 경우
2. 「상법」 제719조에 따른 책임보험계약의 제3자에 대한 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
3. 「상법」 제726조의2에 따른 자동차보험계약의 제3자의 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

⑫ 신용정보회사등이 법 제32조제7항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 알리는 경우와 같은 항 단서에 따라 불가피한 사유로 인하여 사후에 알리거나 공시하는 경우에 그 제공의 이유 및 그 알리거나 공시하는 자별로 알리거나 공시하는 시기 및 방법은 별표 2의2와 같다. 〈개정 2015. 9. 11.〉

⑬ 법 제32조제8항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제2조제6항제7호가목부터 허목까지의 자를 말한다

⑭ 법 제32조제8항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다. 〈개정 2011. 8. 17., 2015. 9. 11.〉

□ 개인정보보호법

[시행 2024. 3. 15.] [법률 제19234호, 2023. 3. 14., 일부개정]

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. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우
5. 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.
7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우

② 개인정보처리자는 제1항 제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

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 여

부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다. 〈신설 2020. 2. 4.〉

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 및 제5호부터 제7호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항 제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

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 삭제

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다. 〈신설 2020. 2. 4.〉

제22조 (동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제22조의2제1항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. 이 경우 다음 각 호의 경우에는 동의 사항을 구분하여 각각 동의를 받아야 한다.

1. 제15조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
2. 제17조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
3. 제18조제2항제1호에 따라 동의를 받는 경우
4. 제19조제1호에 따라 동의를 받는 경우
5. 제23조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
6. 제24조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
7. 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 경우
8. 그 밖에 정보주체를 보호하기 위하여 동의 사항을 구분하여 동의를 받아야 할 필요가 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.

③ 개인정보처리자는 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보에 대해서는 그 항목과 처리의 법적 근거를 정보주체의 동의를 받아 처리하는 개인정보와 구분하여 제30조제2항에 따라 공개하거나 전자우편 등 대통령령으로 정하는 방법에 따라 정보주체에게 알려야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.

④ 삭제

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제1항제3호 및 제7호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 삭제

⑦ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 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 제15조 제2항 각 호 또는 제17조 제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의

와 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.

③ 개인정보처리자는 재화 또는 서비스를 제공하는 과정에서 공개되는 정보에 정보주체의 민감정보가 포함됨으로써 사생활 침해의 위험성이 있다고 판단하는 때에는 재화 또는 서비스의 제공 전에 민감정보의 공개 가능성 및 비공개를 선택하는 방법을 정보주체가 알아보기 쉽게 알려야 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 제15조 제2항 각 호 또는 제17조 제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우

2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

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. 〈신설 2020. 2. 4.〉

【별표16】 형법 제258조, 제266조, 제267조, 제268조

□ 형법

[시행2018. 12. 18.] [법률 제15982호, 2018. 12. 18., 일부개정]

제258조(중상해. 존속중상해)

① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.

③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.

제266조(과실치상)

① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.

② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제267조(과실치사)

과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.

제268조(업무상과실·중과실 치사상)

업무상 과실 또는 중대한 과실로 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

【별표17】 교통사고처리특례법 제3조

[시행 2017.12.3.] [법률 제14277호, 2016.12.2., 일부개정]

① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 「형법」 제268조의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 「도로교통법」 제151조의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 「도로교통법」 제44조제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 「도로교통법」 제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 「도로교통법」 제13조제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 「도로교통법」 제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 「도로교통법」 제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 「도로교통법」 제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 「도로교통법」 제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 「도로교통법」 제43조, 「건설기계관리법」 제26조 또는 「도로교통법」 제96조를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 「도로교통법」 제44조제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 「도로교통법」 제13조제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 「도로교통법」 제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우
12. 「도로교통법」 제39조제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

상기 외 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 해당 법령의 시행일 이후에 발생된 보험사고에 한하여 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

【별표18】 도로교통법 제43조, 제44조, 제45조, 제151조

□ 도로교통법

[시행 2024. 10. 25.] [법률 제20155호, 2024. 1. 30., 일부개정]

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조의 규정에 의하여 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)

① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항 제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다.

② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.

③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.

④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

⑤ 술에 취한 상태에 있다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 사람은 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전한 후 제2항 또는 제3항에 따른 측정을 곤란하게 할 목적으로 추가로 술을 마시거나 혈중알코올농도에 영향을 줄 수 있는 의약품 등 행정안전부령으로 정하는 물품을 사용하는 행위(이하 "음주측정방해행위"라 한다. 이하 같다)를 하여서는 아니 된다.

⑥ 제2항 및 제3항에 따른 측정의 방법, 절차 등 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다.

제45조(과로한 때 등의 운전 금지)

자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다.

제151조(벌칙)

차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다.

【별표19】 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따를 의무)에 따른 신호가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원 등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조(횡단 등의 금지)를 위반하여 횡단·유턴 또는 후진한 경우
3. 도로교통법 제17조(자동차 등의 속도) 제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터를 초과하여 운전한 경우
4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항, 제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소), 제23조(끼어들기의 금지)에 따른 앞지르기의 방법·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 제60조(갓길통행 금지 등) 제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기의 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 도로교통법 제24조(철길건널목의 통과)에 따른 건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호 의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지), 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차 등의 운전)를 위반하여 운전면허 또는 건설기계 조종사 면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계 조종사 면허의 효력이 정지중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계 조종사 면허를 받지 않거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지) 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조(과로한 때 등의 운전금지)를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 염려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항을 위반하여 보도가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조(차마의 통행) 제2항에 따른 보도횡단방법에 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제3항에 따른 승객의 추락방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 도로교통법 제12조(어린이보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해에 이르게 한 경우
12. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

※ 상기외 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

【별표20】 형사소송법 제450조, 제453조

□ **형사소송법**

[시행 2022. 2. 3.] [법률 제18799호, 2022. 2. 3 , 일부개정]

제450조(보통의 심판)

약식명령의 청구가 있는 경우에 그 사건이 약식명령으로 할 수 없거나 약식명령으로 하는 것이 적당하지 아니하다고 인정한 때에는 공판절차에 의하여 심판하여야 한다.

제453조(정식재판의 청구)

① 검사 또는 피고인은 약식명령의 고지를 받은 날부터 7일 이내에 정식재판의 청구를 할 수 있다. 단, 피고인은 정식재판의 청구를 포기할 수 없다.

② 정식재판의 청구는 약식명령을 한 법원에 서면으로 제출하여야 한다.

③ 정식재판의 청구가 있는 때에는 법원은 지체 없이 검사 또는 피고인에게 그 사유를 통지하여야 한다.

【별표21】 1~8종 수술 및 시술 분류표

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
간 이식	1. 간 이식	A010	8
폐 이식	2. 폐 이식	A020	8
심장 이식	3. 심장 이식	A030	8
장 이식	4. 췌장 이식	A040	8
소장 이식	5. 소장 이식	A050	8
조혈모세포 이식	6. 조혈모세포 이식, 동종이식	A061	8
	7. 조혈모세포 이식, 자가이식	A062	8
신장 이식	8. 신장 이식	A070	8
체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술미동반	9. 체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080	5
기관절개술	10. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091	1
	11. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092	1
	12. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093	1
	13. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094	1
	14. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095	1
	15. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 미사용	A096	1
사지 이식	16. 사지 이식	A100	8
뇌동맥류수술	17. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011	8
	18. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012	8
	19. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013	8
	20. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014	8
	21. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015	6
	22. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016	6
	23. 뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017	8
	24. 뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018	6
뇌혈관수술	25. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021	8
	26. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022	8
	27. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023	6
	28. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024	6
	29. 경피적 뇌혈관 수술(협착·폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025	6
	30. 경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026	6
	31. 경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027	6
혈종제거술 및 기타개두술(외상제외)	32. 혈종제거술(외상 제외)	B031	8
	33. 두개내 감압술(외상 제외)	B032	8
	34. 두개골 성형술(외상 제외)	B033	8
두개외 혈관수술	35. 두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041	4
	36. 두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042	4
	37. 경피적 두개외 혈관수술	B043	4
뇌기저부 수술	38. 뇌기저부 수술	B050	8
뇌종양 절제술	39. 복잡 천막상부 종양절제술	B061	8
	40. 단순 천막상부 종양절제술	B062	8
	41. 복잡 천막하부 종양절제술	B063	8
	42. 단순 천막하부 종양절제술	B064	8
	43. 경피적 뇌신경계 종양 수술	B065	6
	44. 경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066	8
신경계 신경자극기 설치술	45. 신경계 신경자극기 설치술	B070	7
뇌전증 수술	46. 뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081	7
	47. 뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082	7

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
정위수술	48. 중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091	6
	49. 중추신경계 정위수술(두개내출혈)	B092	6
	50. 뇌정위 방사선 수술(두개내출혈 및 뇌혈관기형)	B093	6
	51. 뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094	6
	52. 뇌정위 방사선 수술(기타)	B095	6
	53. 중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096	6
뇌신경 수술	54. 뇌신경 수술	B100	6
뇌척수액 우회로조성술	55. 뇌척수액 우회로조성술	B110	4
외상 개두술	56. 혈종제거술(외상관련), 경막외 출혈	B121	7
	57. 혈종제거술(외상관련), 경막하 출혈	B122	7
	58. 혈종제거술(외상관련), 기타 뇌내 출혈	B123	7
	59. 두개내 감압술(외상관련)	B124	8
	60. 두개골 성형술(외상관련)	B125	8
기타 개두술	61. 기타 개두술	B130	7
천두술	62. 천두술(경막하 또는 경막외)	B141	4
	63. 천두술(뇌내)	B142	4
	64. 천두술(기타)	B143	4
척추강내 병소절제술	65. 척수내 종양절제술	B151	6
	66. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152	6
	67. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153	6
	68. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154	6
척추변형 척추고정술	69. 청소년기 척추변형 척추고정술	B161	5
	70. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162	5
	71. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163	5
기타 척추 수술	72. 척추고정술(척수병증 동반)	B171	4
	73. 척추고정술(척수병증 미동반)	B172	4
	74. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173	2
	75. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174	2
	76. 기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175	1
	77. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176	1
척추 중재시술	78. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181	1
	79. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	80. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191	3
	81. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192	1
기타 신경계수술	82. 주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201	1
	83. 기타 말초 및 뇌 신경 수술	B202	1
	84. 수근관 이완술	B203	1
	85. 기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204	1
	86. 기타 신경계 수술	B205	1
복잡 척추수술	87. 복잡 척추고정술	B211	4
	88. 복잡 척추후궁절제술	B212	2
안부 관통상 수술	89. 복잡 안부 관통상 수술	C011	1
	90. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012	1
	91. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013	1
	92. 후안부 관통상 수술	C014	1
안와 수술	93. 복잡 안와 수술, 한쪽	C021	2
	94. 복잡 안와 수술, 양쪽	C022	2
	95. 단순 안와 수술	C023	2
안구 수술(종양 수술 포함)	96. 안구 수술(종양 수술 포함)	C030	2
망막 및 유리체 수술	97. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043	2
	98. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044	2
	99. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045	2
	100. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
안구 표면재건술	101. 주요 각막이식수술	C051	2
	102. 기타 각막이식수술	C052	2
	103. 공막 및 각막윤부이식수술	C053	2
수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	104. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061	1
	105. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062	1
	106. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063	1
	107. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064	1
수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	108. 주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071	1
	109. 기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072	1
	110. 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073	1
후발성 백내장 수술	111. 후발성 백내장 수술	C080	1
녹내장 수술	112. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091	2
	113. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092	2
	114. 단순 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C093	2
	115. 단순 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C094	2
기타 안구내 수술	116. 기타 주요 안구내 수술	C101	1
	117. 기타 단순 안구내 수술	C102	1
사시 수술	118. 복잡 사시 수술	C111	1
	119. 단순 사시 수술	C112	1
안검 수술	120. 복잡 안검 수술, 제1형	C121	1
	121. 복잡 안검 수술, 제2형	C122	1
	122. 복잡 안검 수술, 제3형	C123	1
	123. 주요 안검 수술, 제1형	C124	1
	124. 주요 안검 수술, 제2형	C125	1
	125. 주요 안검 수술, 제3형	C126	1
	126. 기타 안검 수술	C127	1
눈물길 수술	127. 복잡 눈물길 수술	C131	1
	128. 주요 눈물길 수술, 한쪽	C132	1
	129. 주요 눈물길 수술, 양쪽	C133	1
	130. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135	1
	131. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136	1
결막 수술	132. 결막낭 재건술	C141	1
	133. 복잡 결막 수술	C142	1
	134. 단순 결막 수술	C143	1
기타 안구외수술	135. 기타 안구외 수술	C150	1
내이 수술	136. 귀 이식술	D011	5
	137. 주요 내이 수술	D012	3
	138. 단순 내이 수술	D013	2
중이 및 유양돌기 수술	139. 고실유양돌기 수술	D021	2
	140. 유양돌기 수술	D022	2
	141. 고실 수술	D023	2
	142. 이소골 재건술	D024	2
	143. 등골수술	D025	2
	144. 환기관삽입 고막절개술	D026	2
외이 및 귀 수술	145. 주요 외이 및 귀 수술	D031	1
	146. 단순 외이 및 귀 수술	D032	1
귀 및 코의 악성종양 수술	147. 귀 및 두개저 악성종양 수술	D041	7
	148. 비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042	7
부비동개방 수술	149. 부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051	1
	150. 부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052	1
	151. 부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053	1
	152. 부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
내시경을 이용한 부비동 수술	153. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061	1
	154. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062	1
	155. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065	1
	156. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066	1
	157. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067	1
	158. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068	1
코 수술	159. 주요 코 수술	D081	1
	160. 비중격 및 비갑개수술	D082	1
	161. 단순 코 수술	D083	1
구강 및 타액선 악성종양 수술	162. 구강 및 타액선 악성종양 수술	D090	7
후두 및 인두 악성종양 수술	163. 주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101	7
	164. 단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102	7
경부림프절절제술	165. 경부림프절절제술, 한쪽	D111	4
	166. 경부림프절절제술, 양쪽	D112	4
안면골 수술	167. 악관절 수술	D121	2
	168. 주요 안면골 수술	D122	2
	169. 단순 안면골 수술	D123	2
두경부 재건술	170. 두경부 재건술	D130	2
타액선 수술	171. 이하선수술	D141	2
	172. 악하선 및 설하선 수술	D142	2
	173. 기타 타액선 수술	D143	1
	174. 타석제거술	D144	1
경부 수술	175. 경부 수술	D150	1
편도 및 아데노이드 수술	176. 주요 편도 및 아데노이드 수술	D161	1
	177. 단순 편도 및 아데노이드 수술	D162	1
구강, 인후두 수술	178. 주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171	1
	179. 단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172	1
기타 이비인후, 구강 질환 수술	180. 기타 이비인후, 구강질환 수술	D200	1
주요 흉부 수술	181. 기관 및 기관지 수술	E011	7
	182. 주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012	7
	183. 주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013	7
	184. 기타 폐 수술	E014	7
	185. 종격동 수술	E015	7
	186. 주요 흉곽 수술	E016	7
	187. 기타 흉곽 수술	E017	3
	188. 흉강경을 이용한 주요 수술	E018	7
	189. 흉강경을 이용한 기타 수술	E019	7
기관지경 및 방사선하 수술	190. 기관지경 및 방사선하 수술	E020	2
기타 호흡기계 수술	191. 수면무호흡증후군 수술	E032	1
	192. 호흡기계 기타 단순 수술	E033	1
	193. 기타 호흡기계 수술	E034	1
폐농양 배액술	194. 폐농양 배액술	E520	1
흉막삼출 배액술	195. 흉막삼출 배액술	E530	1
자동체내제세동기 시술	196. 자동체내제세동기 설치술 또는 제거술	F011	5
	197. 자동체내제세동기 교정술	F012	5
심장판막 수술(심도자술 사용)	198. 대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021	8
	199. 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022	8
	200. 폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023	8
심장판막 수술(심도자술 미사용)	201. 대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031	8
	202. 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032	8
	203. 폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033	8
관상동맥 우회로 조성술	204. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041	8
	205. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042	8
	206. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043	8
	207. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044	8

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
기타 심흉부 수술	208. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053	7
	209. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054	5
주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	210. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061	8
	211. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062	8
	212. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063	8
주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	213. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071	8
	214. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072	8
	215. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073	7
대동맥 경피적 수술	216. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081	4
	217. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082	4
	218. 흉부대동맥류 경피적 수술	F083	4
	219. 대동맥박리 경피적 수술	F084	4
정맥 및 대정맥 경피적 수술	220. 심부정맥혈전증 경피적 수술	F091	4
	221. 대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092	4
경도관 심장결손 폐쇄술	222. 경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101	4
	223. 경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102	4
	224. 기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반)	225. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111	4
	226. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반)	227. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121	4
	228. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122	4
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	229. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133	4
	230. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134	4
	231. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135	4
	232. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136	4
부정맥의 경피적 수술(3차원 지도화 기능 포함)	233. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F141	4
	234. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F142	4
	235. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F143	4
부정맥의 경피적 수술(3차원 지도화 기능 미포함)	236. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F151	4
	237. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F152	4
	238. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F153	4
경피적 풍선 판막성형술	239. 경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161	4
	240. 경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162	4
혈관 기형의 경피적 수술	241. 동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181	4
	242. 관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182	4
말초동맥의 경피적 수술	243. 말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192	4
	244. 말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193	4
	245. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194	4
	246. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195	4
기타 경피적 심혈관 수술	247. 기타 경피적 심혈관 수술	F200	4
체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	248. 영구적 심박조율기 설치술	F211	5
	249. 영구적 심박조율기 교환술	F212	5
	250. 심박조율기 제거 및 전환술	F213	1
기타 혈관 복구 수술	251. 기타 혈관 복구 수술	F220	2
순환 장애 절단술(수족부 제외)	252. 순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230	7
순환 장애 수족부 절단술	253. 순환 장애 수족부 절단술	F240	3

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
정맥 결찰 및 스트리핑	254. 정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253	1
	255. 정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254	1
	256. 정맥류 국소 절제술	F252	1
기타 순환기계 수술	257. 기타 순환기계 수술	F260	1
식도 수술	258. 식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011	7
	259. 기타 주요 식도 수술	G012	5
	260. 기타 단순 식도 수술	G013	4
직장절제술(림프절절제 동반)	261. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021	7
	262. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022	7
직장절제술(림프절절제 미동반)	263. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031	7
	264. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032	7
경항문 및 경천골 접근 직장절제술	265. 경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041	7
	266. 경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042	7
주요십이지장수술	267. 주요 십이지장 수술	G050	7
식도정맥류수술	268. 식도 정맥류 수술	G060	5
위전절제술	269. 복강경을 이용한 위전절제술	G071	7
	270. 개복에 의한 위전절제술	G072	7
위아전절제술	271. 복강경을 이용한 위아전절제술	G081	7
	272. 개복에 의한 위아전절제술	G082	7
기타 위절제술	273. 복강경을 이용한 기타 위절제술	G091	5
	274. 개복에 의한 기타 위절제술	G092	5
	275. 복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093	5
	276. 개복에 의한 기타 설상절제술	G094	5
소화성 궤양 수술	277. 복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101	4
	278. 개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102	4
기타 위 및 식도 수술	279. 복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111	4
	280. 개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112	4
결장 및 직장 전 절제술	281. 복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121	7
	282. 개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122	7
결장절제술(림프절절제 동반)	283. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131	7
	284. 개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132	7
결장절제술(림프절절제 미동반)	285. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141	5
	286. 개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142	5
기타 대장 수술	287. 복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151	4
	288. 개복에 의한 기타 대장 수술	G152	4
소장 및 장간막 수술	289. 복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171	5
	290. 개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172	5
	291. 장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173	3
장루 수술	292. 장루 수술	G180	3
횡격막 탈장 수술	293. 횡격막 탈장 수술	G190	4
탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	294. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201	1
	295. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G202	1
	296. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203	1
	297. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204	1
충수절제술	298. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211	3
	299. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212	3
	300. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213	3
	301. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214	3
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	302. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221	1
	303. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222	1
	304. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223	1
	305. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224	1
서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	306. 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	307. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241	1
	308. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242	1
개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	309. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251	1
	310. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252	1
	311. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253	1
복수 항문 수술	312. 복수 항문 수술	G260	1
치핵 수술	313. 주요 치핵 수술	G271	1
	314. 단순 치핵 수술	G272	1
항문 주위 농양 수술	315. 주요 항문 주위 농양 수술	G281	1
	316. 단순 항문 주위 농양 수술	G282	1
치루 수술	317. 주요 치루 수술	G291	1
	318. 단순 치루 수술	G292	1
치열 수술 및 항문협착증 수술	319. 치열 수술 및 항문협착증 수술	G300	1
경항문 및 질접근 수술	320. 직장 질루 수술	G311	1
	321. 직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312	1
화농성한선염 수술	322. 화농성한선염 수술	G320	1
기타 소화기계 수술	323. 기타 소화기계 수술	G332	1
소화기계 질환의 혈관색전술	324. 소화기계 질환의 혈관색전술	G340	3
위내시경 시술	325. 위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503	1
	326. 위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504	1
	327. 위내시경 시술, 당일퇴원	G505	1
결장경 시술	328. 결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523	1
	329. 결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524	1
	330. 결장경 시술, 당일퇴원	G525	1
구불결장경 시술	331. 구불결장경 시술	G531	1
	332. 구불결장경 시술, 당일퇴원	G532	1
소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	333. 소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	G540	1
소장내시경 시술	334. 소장내시경 시술	G550	1
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	335. 소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560	2
소화기계 질환의 경피적 배액술	336. 소화기계 질환의 경피적 배액술	G570	2
간담도췌장 복합수술	337. 간담도췌장 복합수술	H010	7
간담도 복합수술	338. 주요 간담도 복합수술	H021	7
	339. 기타 간담도 복합수술	H022	5
담도췌장 복합수술	340. 담도췌장 복합수술	H030	7
간 절제술	341. 복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041	7
	342. 개복에 의한 주요 간 절제술	H042	7
	343. 복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043	5
	344. 개복에 의한 기타 간 절제술	H044	5
간 수술	345. 복강경을 이용한 간 수술	H051	4
	346. 개복에 의한 간 수술	H052	4
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	347. 간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060	4
담도 절제술(림프절 절제 동반)	348. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071	7
	349. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072	7
담도 절제술(림프절 절제 미동반)	350. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081	5
	351. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082	5
주요 담도 수술	352. 복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091	5
	353. 개복에 의한 주요 담도 수술	H092	5

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
담낭절제술	354. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101	4
	355. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102	4
	356. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103	4
	357. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104	4
	358. 복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105	4
	359. 개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106	4
	360. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107	4
	361. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108	4
췌장절제술	362. 복강경을 이용한 췌장절제술	H111	7
	363. 개복에 의한 췌장절제술	H112	7
췌장 수술	364. 복강경을 이용한 췌장 수술	H121	4
	365. 개복에 의한 췌장 수술	H122	4
기타 간담도 및 췌장 시술	366. 역행성담췌관내시경 시술	H142	3
	367. 담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143	1
	368. 기타 간담도 및 췌장 수술	H144	3
	369. 경피적 담관경 시술	H145	3
	370. 경피적 담관 시술	H146	3
간담도 및 췌장의 경피적 시술	371. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152	3
	372. 담도협착을 위한 경피적 시술	H154	3
	373. 담석제거를 위한 경피적 시술	H155	3
	374. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156	6
	375. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157	6
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	376. 출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500	1
간암의 경피적 치료술	377. 간암의 경피적 치료술	H510	6
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	378. 간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520	3
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	379. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011	4
	380. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012	3
고관절 재치환술 및 치환술	381. 고관절 전재치환술	I021	4
	382. 고관절 전치환술	I022	4
	383. 고관절 부분치환술	I023	4
슬관절 재치환술 및 치환술	384. 슬관절 전재치환술	I031	3
	385. 슬관절 전치환술	I032	3
	386. 슬관절 부분치환술	I033	3
기타 관절 재치환술 및 치환술	387. 기타 관절 전재치환술	I041	2
	388. 기타 관절 전치환술	I042	2
	389. 기타 관절 부분치환술	I043	2
	390. 인공관절삽입물 제거술	I044	2
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	391. 혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050	4
척추강내 병소절제술	392. 척수내 종양절제술	I061	6
	393. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062	6
	394. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063	6
	395. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064	6
척추변형 척추고정술	396. 청소년기 척추변형 척추고정술	I071	5
	397. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072	5
	398. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073	5
기타 척추 수술	399. 척추고정술(척수병증 동반)	I081	4
	400. 척추고정술(척수병증 미동반)	I082	4
	401. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083	2
	402. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084	2
	403. 기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085	1
	404. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086	1
척추 중재시술	405. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091	1
	406. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	407. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101	3
	408. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102	1
절단술	409. 주요 절단술	I111	7
	410. 기타 절단술	I112	3
골종양의 절제술	411. 골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121	7
	412. 골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122	7
	413. 골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123	7
	414. 골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124	2
골수염 및 농양 수술	415. 골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131	2
	416. 골수염 및 농양 수술(기타)	I132	1
	417. 근농양 배농술	I133	1
고관절 및 대퇴부 수술	418. 양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141	3
	419. 한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142	2
상완골, 경골 및 비골 수술	420. 상완골, 경골 및 비골 수술	I160	2
단단성형술	421. 단단성형술(수족지 제외)	I171	2
	422. 단단성형술(수족지)	I172	2
견부 수술	423. 회전근개 수술	I181	1
	424. 관절와순 수술	I182	1
	425. 복수 진단 견부 수술	I183	1
	426. 기타 견부 수술	I184	1
슬부 수술	427. 십자인대 수술	I191	1
	428. 반달연골 수술, 양쪽	I192	1
	429. 반달연골 수술, 한쪽	I193	1
	430. 기타 슬관절 수술	I194	1
주관절 및 전완부 수술	431. 주관절 및 전완부 수술	I200	1
족부 및 족관절 수술	432. 족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211	1
	433. 족관절 골연골 병변 수술	I212	1
	434. 기타 족부 및 족관절 수술	I213	1
체내고정장치 제거술	435. 체내고정장치 제거술	I220	1
완관절 및 수부 수술	436. 주요 완관절 및 수부 수술	I251	1
	437. 단순 완관절 및 수부 수술	I252	1
미세혈관 조직이식 또는 피부이식	438. 미세혈관 조직이식	I261	3
	439. 기타 피판술	I262	2
	440. 피부 및 지방 이식술	I263	2
연조직 수술	441. 복잡한 연조직 수술	I271	1
	442. 주요 연조직 수술	I272	1
	443. 단순 연조직 수술	I273	1
기타 골절 수술	444. 골반 및 비구 골절 수술	I281	3
	445. 대퇴부 골절 수술	I282	3
	446. 슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283	3
	447. 족관절 및 족부 골절 수술	I284	2
	448. 견부 및 상완골 골절 수술	I285	3
	449. 전완부 골절 수술	I286	2
	450. 수부 골절 수술	I287	1
기타 결합조직 수술	451. 기타 결합조직 수술	I290	1
복잡 인공관절치환술	452. 복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301	4
	453. 복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	454. 복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303	2
	455. 복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	456. 복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305	2
	457. 복잡 인공관절부분치환술	I306	3
복잡 척추 수술	458. 복잡 척추고정술	I311	4
	459. 복잡 척추후궁절제술	I312	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
복잡 관절 수술	460. 복잡 사지골절정복술	I321	2
	461. 복잡 관절고정술	I322	2
	462. 복잡 사지관절절제술	I323	1
	463. 복잡 가관절수술	I324	2
	464. 복잡 반월판연골절제술	I325	1
복잡 근골격계 염증성 질환 수술	465. 복잡 화농성관절염절개술	I331	1
	466. 복잡 골수염 및 농양수술	I332	1
근골격계 질환의 경피적 배액술	467. 근골격계 질환의 경피적 배액술	I500	1
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	468. 피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010	3
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염의 경우)	469. 피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021	2
	470. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022	2
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염 제외)	471. 피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031	2
	472. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032	2
기타 피부, 피하조직수술	473. 피부 및 연조직 악성종양 적제술	J041	4
	474. 피부 및 연조직 수술	J042	1
	475. 기타 피부, 피하조직수술	J043	1
유방재건술	476. 자가조직을 이용한 유방재건술	J051	3
	477. 보형물을 이용한 유방재건술	J052	3
주요 유방 수술	478. 근치 유방절제술	J061	7
	479. 유방절제술(악성종양의 경우)	J062	7
	480. 유방절제술(악성종양 제외)	J063	2
단순 유방 수술	481. 진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071	1
	482. 절개에 의한 단순 유방 수술	J072	1
액와 수술	483. 액와 수술(악성종양의 경우)	J081	4
	484. 액와 수술(악성종양 제외)	J082	1
기타 유방 및 액와 수술	485. 기타 유방 및 액와 수술	J090	1
항문 주위 및 모소 수술	486. 항문 주위 및 모소 수술	J100	1
	487. 교감신경절제술	J110	2
내분비, 영양 및 대사장애 절단술	488. 내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011	7
	489. 내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012	3
뇌하수체 수술	490. 천막상부 종양 절제술	K021	8
	491. 복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023	8
	492. 단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024	8
부신 수술	493. 복강경을 이용한 부신수술	K031	4
	494. 개복에 의한 부신수술	K032	4
내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	495. 내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041	2
	496. 내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042	2
	497. 내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043	2
부갑상선 수술	498. 내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051	2
	499. 절개에 의한 부갑상선 수술	K052	2
주요 갑상선 악성 종양 수술	500. 주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063	4
	501. 주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064	4
주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	502. 주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075	2
	503. 주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076	2
기타 갑상선 수술	504. 기타 갑상선 수술	K080	1
기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	505. 복강경을 이용한 비만대사수술	K091	1
	506. 개복에 의한 비만대사수술	K092	1
	507. 기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490	1
복막투석 도관 삽입술	508. 복막투석 도관 삽입술	L010	2
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	509. 주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021	7
	510. 기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022	7
	511. 주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023	7
	512. 기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024	5
	513. 경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025	4
	514. 전립선 신생물 수술	L026	4
	515. 복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027	7

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
신장 및 신우 수술	516. 복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031	4
	517. 개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032	4
	518. 경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033	3
	519. 경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034	3
요관 수술	520. 요관 수술	L040	2
방광 수술	521. 개복에 의한 방광 수술	L051	4
	522. 경피적 방광 수술	L052	2
	523. 경요도 방광 수술	L053	1
전립선 수술	524. 전립선 수술	L060	2
요도 수술	525. 주요 요도 수술	L071	1
	526. 요도경하 요도 수술	L072	1
	527. 기타 요도 수술	L073	1
	528. 복잡 요실금 수술	L074	1
	529. 단순 요실금 수술	L075	1
요로 결석 수술	530. 복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081	4
	531. 신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082	4
	532. 경요도적 요관 결석 수술	L083	2
	533. 방광 및 요도 결석 수술	L084	4
	534. 연성내시경하 수술	L085	2
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	535. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091	1
	536. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092	1
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	537. 신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101	3
	538. 신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102	1
요로 질환 수술	539. 경요도 요로 질환 수술	L111	1
	540. 외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112	1
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	541. 기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120	2
기타 신장 및 비뇨기계 시술	542. 혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131	2
	543. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132	2
	544. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133	2
	545. 기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134	1
방광요도경 시술	546. 방광요도경 시술	L510	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	547. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	548. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530	1
남성 골반 수술	549. 남성 골반 수술	M010	1
전립선 적출술	550. 주요 전립선 적출술	M021	4
	551. 기타 전립선 적출술	M022	3
기타 전립선 수술	552. 기타 전립선 수술	M030	1
음경 수술	553. 복잡 음경 수술	M041	1
	554. 단순 음경 수술	M042	1
	555. 페이로니 병 수술	M043	1
포경 수술	556. 포경 수술	M050	1
요도 수술	557. 주요 요도 수술	M061	1
	558. 단순 요도 수술	M062	1
음낭 수술	559. 복잡 음낭 수술	M071	1
	560. 단순 음낭 수술	M072	1
고환 수술	561. 복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081	4
	562. 개복에 의한 복잡 고환 수술	M082	4
	563. 단순 고환 수술	M083	1
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	564. 복강경을 이용한 정계정맥류	M091	4
	565. 개복에 의한 정계정맥류	M092	4
	566. 고환 및 생식기 적출술	M093	7
기타 남성생식기계 시술	567. 기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101	4
	568. 기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102	1
방광요도경 시술	569. 방광요도경 시술	M500	1
자궁 수술(악성종양의 경우)	570. 복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011	7
	571. 개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012	7
주요 자궁절제술(악성종양 제외)	572. 복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021	2
	573. 개복에 의한 주요 자궁 절제술(악성종양 제외)	N022	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
단순 자궁 수술(악성종양 제외)	574. 복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031	2
	575. 개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032	2
난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	576. 복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041	7
	577. 개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042	7
난소 수술(악성종양 제외)	578. 복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051	2
	579. 개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052	2
부속기 수술(악성종양 제외)	580. 복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061	2
	581. 개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062	2
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	582. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071	6
	583. 개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072	6
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	584. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081	1
	585. 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082	1
기타 골반 수술 복원술	586. 복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091	1
	587. 개복에 의한 기타 골반 수술	N092	1
주요 여성생식기계 복원술	588. 복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101	1
	589. 개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102	1
기타 여성생식기계 복원술	590. 기타 여성생식기계 복원술	N110	1
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	591. 복강경 수술	N121	1
자궁경 수술	592. 자궁경 수술	N130	1
자궁소파술	593. 치료적 자궁소파술	N141	1
기타 여성생식기계 수술	594. 복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161	1
	595. 개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162	1
여성생식기계 경피적 혈관 수술	596. 여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180	2
제왕절개분만(단태아)	597. 일반 제왕절개분만(단태아)	O011	1
	598. 고위험 제왕절개분만(단태아)	O012	1
	599. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013	1
제왕절개분만(다태아)	600. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022	1
	601. 일반 제왕절개분만(다태아)	O023	1
	602. 고위험 제왕절개분만(다태아)	O024	1
자궁외 임신 주요 수술	603. 복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081	4
	604. 개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082	4
자궁외 임신 기타 수술	605. 복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091	4
	606. 개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092	4
자궁경관봉축술	607. 치료적 자궁경관봉축술	O102	1
분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행)	608. 분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행)	O110	1
자궁소파술 및 흡인소파술	609. 자궁소파술 및 흡인소파술	O120	1
분만 및 유산 관련 자궁적출술	610. 분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130	2
비장 절제술	611. 성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012	4
	612. 성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013	4
림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	613. 림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010	4
기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	614. 기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020	4
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	615. 다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010	8
다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	616. 다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020	5
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	617. 다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030	6
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	618. 다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040	4
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	619. 하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011	3
	620. 하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012	2
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	621. 수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021	3
	622. 수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022	2
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	623. 기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030	3
하지 손상의 기타 수술	624. 하지 손상의 골 및 관절 수술	X041	2
	625. 하지 손상의 기타 수술	X042	1
수부 손상의 기타 수술	626. 수부 손상의 골 및 관절 수술	X051	2
	627. 수부 손상의 기타 수술	X052	1
기타 손상의 수술	628. 기타 손상의 수술	X060	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
중증 화상(피부 이식 동반)	629. 중증 화상(피부 이식 동반)	Y010	5
중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	630. 중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020	2

주1) 상기의 「수술시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

주2) 이 특별약관은 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 분류된 「ADRG」중 다음의 「ADRG」는 보장하지 않습니다.

① 「ADRG」에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)을 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60" ~ "99"에 해당하는 경우

예시 「ADRG」가 "B601"의 경우 첫번째 자리(알파벳(B))를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60"이므로 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

② 아래 표에 기재된 「ADRG」

수술시술 코드	수술 및 시술명
B501	치료적 성분채집술
B502	신경계 면역요법
B510	뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시
B520	자기뇌파검사 지도화
D070	코성형술
D180	구순열 및 구개열 수술
D191	치조골 수술
D192	구강내 점막수술
D193	단순 혀 수술
D300	발치
D502	치아 보존치료
E031	호흡기 질환을 위한 진단적 시술
E501	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 동반)
E502	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 미동반)
E511	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 동반)
E512	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 미동반)
E540	경기관지 폐생검
E550	폐흉부질환의 침흡인 생검
F051	심장 중격결손증 수술
F052	기타 복잡 심장 기형 교정술
F171	선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술(스텐트 사용)
F172	경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용)
F173	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술
F501	심장 전기 생리 검사
F502	심장질환을 위한 심도자술 및 혈관조영술
F503	진단적 관상동맥 조영술
F504	심근생검
F505	심낭천자
G161	선천성 거대결장 및 장무공증 수술
G162	주요 직장항문 기형 수술
G163	기타 직장항문 기형 수술
G331	소화기계 질환을 위한 진단적 시술

수술시술 코드	수술 및 시술명
H131	간담도 진단적 시술(악성종양의 경우)
H132	간담도 진단적 시술(악성종양 제외)
H530	진단적 역행성담췌관내시경
I230	관절경검사
I240	생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술
I510	근골격계 질환의 침생검
J053	유두 및 유륜재건술
J500	유방 질환의 침흡인생검
K500	갑상선 질환의 침흡인생검
L113	선천성 요로 질환 수술
L500	요관경검사
M094	정관 수술
M510	전립선 생검
N122	복강경 검사 및 기타 난관 결찰술
N142	진단적 자궁소파술
N151	복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N152	개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N170	방사선원삽입요법(악성종양의 경우)
O041	일반 질식분만(초산)
O042	고위험 질식분만(초산)
O051	일반 질식분만(경산)
O052	고위험 질식분만(경산)
O061	제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만
O062	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만
O073	질식분만(복합 수술 동반)
O101	예방적 자궁경관봉축술
O141	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술
O142	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술
P010	입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)
P020	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술
P030	신생아, 입원시 체중 〈 750g(중요 수술 시행)
P040	신생아, 입원시 체중 750-999g(중요 수술 시행)
P050	신생아, 입원시 체중 1000-1249g(중요 수술 시행)
P060	신생아, 입원시 체중 1250-1499g(중요 수술 시행)
P070	신생아, 입원시 체중 1500-1999g(중요 수술 시행)
P080	신생아, 입원시 체중 2000-2499g(중요 수술 시행)
P090	신생아, 입원시 체중 〉 2499g(중요 수술 시행)
Q011	소아의 비장 절제술
Q020	기타 혈액 및 조혈기관 수술
R030	림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)
R040	기타 신생물 질환(기타 수술 시행)
R500	치료적 성분채집술
T011	패혈증 수술(합병증 동반)
T012	패혈증 수술(합병증 미동반)
T013	외상 후 감염 수술
T014	수술 후 감염 수술
T015	기타 감염 질환 수술
U010	정신장애 치료목적의 수술

수술시술 코드	수술 및 시술명
W050	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술
Y030	기타 화상(피부이식 동반)
Z010	기타 보건의료서비스에 관한 수술

③ 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 규정한 “Error DRG” 및 “960 DRG”

- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ “Error DRG”라 함은 “주진단 범주(MDC)”와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

예시

거미막하출혈로 진단받고 경피적 심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

※ “960 DRG”라 함은 “Error DRG”는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다. 다만, 통원일 또는 퇴원일을 기준으로 진료비세부내역서 등에서 확인되는 「수술시술코드」는 보장합니다.

※ 이 특별약관에서 수술시술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.)에서 정의된 수가코드, 제9차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호에 준하여 수술시술코드 및 ADRG를 결정합니다.

【별표22】 척추상해 분류표

약관에 규정하는 척추상해로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장대상상병해당 여부를 판단합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 목의 골절	S12
2. 흉추의 골절	S22.0
3. 흉추의 다발골절	S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13
6. 흉추간판의 외상성 파열	S23.0
7. 흉추의 탈구	S23.1
8. 흉추의 염좌 및 긴장	S23.3
9. 요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33
10. 경부척수의 진탕 및 부종	S14.0
11. 경부척수의 기타 및 상세불명의 손상	S14.1
12. 경추 신경근의 손상	S14.2
13. 상완신경총의 손상	S14.3
14. 흉수의 진탕 및 부종	S24.0
15. 흉수의 기타 및 상세불명의 손상	S24.1
16. 흉추 신경근의 손상	S24.2
17. 요수의 진탕 및 부종	S34.0
18. 요수의 기타 손상	S34.1
19. 요추 및 천추의 신경근 손상	S34.2
20. 말총의 손상	S34.3
21. 요천수신경총의 손상	S34.4
22. 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03.8
23. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08

제10차 개정 이후 이 약관의 대상상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표23】 안면부창상봉합술(3cm이상 또는 근육에 달하는 것)(급여) 대상 수가코드

약관에 규정하는 안면부창상봉합술로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상 치료	분류번호
창상봉합술 가. 안면또는경부 (1) 단순봉합	
(가) 표재성인것 1) 길이 3.0cm이상~5.0cm미만 2) 길이 5.0cm이상~7.5cm미만 3) 길이 7.5cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가 될 때 마다 52.00점을 추가 가산한다.	 S0027 S0028 S0029 S0030
(나) 근육에달하는것 1) 길이 1.5cm미만 2) 길이 1.5cm이상~3.0cm미만 3) 길이 3.0cm이상~5.0cm미만 4) 길이 5.0cm이상~7.5cm미만 5) 길이 7.5cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가 될 때 마다 52.00점을 추가 가산한다.	 S0031 S0032 S0037 S0038 S0039 S0040
(2) 변연절제를 포함	
(가) 표재성인것 1) 길이 3.0cm이상~5.0cm미만 2) 길이 5.0cm이상~7.5cm미만 3) 길이 7.5cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가 될 때 마다 63.81점을 추가 가산한다.	 SA027 SA028 SA029 SA030
(나) 근육에달하는것 1) 길이 1.5cm미만 2) 길이 1.5cm이상~3.0cm미만 3) 길이 3.0cm이상~5.0cm미만 4) 길이 5.0cm이상~7.5cm미만 5) 길이 7.5cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가 될 때 마다 63.81점을 추가 가산한다.	 SA031 SA032 SA037 SA038 SA039 SA040

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표24】 창상봉합술치료(급여) 대상 수가코드

약관에 규정하는 창상봉합술치료 대상으로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상 치료	분류번호
창상봉합술 가. 안면또는경부 (1) 단순봉합	
(가) 표재성인것 1) 길이 3.0cm이상~5.0cm미만 2) 길이 5.0cm이상~7.5cm미만 3) 길이 7.5cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 52.00점을 추가 가산한다.	 S0027 S0028 S0029 S0030
(나) 근육에달하는것 1) 길이 1.5cm미만 2) 길이 1.5cm이상~3.0cm미만 3) 길이 3.0cm이상~5.0cm미만 4) 길이 5.0cm이상~7.5cm미만 5) 길이 7.5cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 52.00점을 추가 가산한다.	 S0031 S0032 S0037 S0038 S0039 S0040
(2) 변연절제를 포함	
(가) 표재성인것 1) 길이 3.0cm이상~5.0cm미만 2) 길이 5.0cm이상~7.5cm미만 3) 길이 7.5cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 63.81점을 추가 가산한다.	 SA027 SA028 SA029 SA030
(나) 근육에달하는것 1) 길이 1.5cm미만 2) 길이 1.5cm이상~3.0cm미만 3) 길이 3.0cm이상~5.0cm미만 4) 길이 5.0cm이상~7.5cm미만 5) 길이 7.5cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 63.81점을 추가 가산한다.	 SA031 SA032 SA037 SA038 SA039 SA040
나. 안면과경부이외	
(1) 단순봉합	
(가) 표재성인것 1) 길이 5.0cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 78.50점을 추가 가산한다.	 SB029 SB030
(나) 근육에달하는것 1) 길이 2.5cm미만 2) 길이 2.5cm이상~5.0cm미만 3) 길이 5.0cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 78.50점을 추가 가산한다.	 SB031 SB032 SB039 SB040
(2) 변연절제를포함	
(가) 표재성인것 1) 길이 5.0cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 103.14점을 가산하며. 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다1 03.14점을 추가 가산한다.	 SC029 SC030

대상 치료	분류번호
(나) 근육에달하는것 1) 길이 2.5cm미만 2) 길이 2.5cm이상~5.0cm미만 3) 길이 5.0cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 103.14점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다103.14점을 추가 가산한다.	 SC031 SC032 SC039 SC040

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표25】 추간판탈출증 분류표

약관에 규정하는 “추간판탈출증”로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 추간판탈출증 해당 여부를 판단합니다.

대상 질병	분류번호
1. 경추간판장애 2. 기타 추간판장애	M50 M51

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 추간판탈출증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표26】 추간판탈출증 신경차단술(급여) 대상 수가코드

약관에 규정하는 추간판탈출증 신경차단술(급여)로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상 치료	분류번호
1. 거미막하 신경차단술	LA210
2. 경막외 신경차단술	
가. 일회성 차단	
(1) 경추 및 흉추	LA321
(2) 요추 및 천추	LA322
나. 지속적 차단	
(1) 피하터널식 카테터 삽입에 의한 방법	LA222, LA223
(2) 피하매몰 저장기펌프 삽입술에 의한 방법	LA224, LA225
(3) 기타(비터널식카테터)에 의한 방법	LA226, LA227
다. 경막외패치술 [혈액채취료 포함]	LA228
3. 경막외 저장기펌프 제거술	LA330
4. 뇌신경 및 뇌신경말초지차단술	
가. 삼차신경절, 상악신경, 하악신경	LA340
나. 삼차신경의 분지	LA341
다. 안면신경	LA232
라. 설인신경	LA233
마. 접구개신경절	LA234
5. 척수신경말초지차단술	
가. 대소후두신경	LA241
나. 상후두신경	LA242
다. 후두신경	LA243
라. 횡격막신경	LA244
마. 척추부신경	LA245
바. 액와신경	LA346
사. 액와하부신경	LA347
아. 견갑신경	LA247
자. 늑간신경	LA248
차. 장골서혜신경	LA249
카. 장골하복신경	LA270
타. 음부신경	LA271
파. 좌골신경	LA272
하. 폐쇄신경	LA273
거. 대퇴신경	LA274
너. 외측대퇴피신경	LA275
더. 상박신경총	LA276
6. 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술	
가. 경신경총	LA251
나. 방척추신경	LA352
다. 미골신경	LA353
라. 선택적 신경근	LA354
마. 척추후근신경절	LA355
바. 척수회백신경교통지	LA356
사. 요천골신경총	LA253
아. 척수신경 후지	LA357
자. 후지내측지	LA358
차. 추간관절차단	LA359
7. 교감신경총 및 신경절차단술	
가. 간단한 것	LA261
나. 복잡한 것	
(1) 흉부교감신경절	LA361
(2) 요부교감신경절	LA362
(3) 복강신경총	LA264
(4) 하장간막신경총	LA265
(5) 상하복신경총	LA366
(6) 외톨이신경절	LA367

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 ·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수술당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표27】 중증화상 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 "중증화상 산정특례대상"은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간		특정기호
다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 산정특례 대상으로 등록된 중증화상환자가 적용일부터 1년간 해당 상병으로 진료를 받는 경우 *단, 등록기간 종료 후 2년 이내에 "본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술"(【붙임2】 참조)에 해당하는 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있음(V306은 제외)	"본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병"([붙임1] 참조)에서 중증도 기준의 [구분1] 중 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 [구분1] 중 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V247
	"본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병"([붙임1] 참조)에서 중증도 기준의 [구분2] 중 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 [구분2] 중 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V248
	"본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병"([붙임1] 참조) 중 [구분3]에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)으로 입원진료를 받는 경우	V305
	"본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병"([붙임1] 참조) 중 [구분3]에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)에 대해 외래진료를 받은 환자가 수상(受傷)한 날부터 3년 이내에 입원하여 "본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술"([붙임2] 참조)의 수술을 받는 경우	V306
	"본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병"([붙임1] 참조) 중 [구분4]에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V250

진단 당시의 중증화상 산정특례에 관한 기준에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 중증화상 산정특례대상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표28】 중증외상환자 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 “중증외상 산정특례대상”이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 제4조 별표3(중증질환자산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
손상중증도점수(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가 「응급의료에 관한 법률」 제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일	V273

진단 당시의 중증외상환자 산정특례에 관한 기준에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 중증외상환자 산정특례대상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표29】 관절(무릎 및 고관절)손상 분류표

약관에 규정하는 “관절(무릎 및 고관절)손상”으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
무릎관절	· 무릎뼈의 골절 · 무릎뼈의 탈구 · 무릎의 탈구 · 현존 반달연골의 찢김 · 외측 측부인대의 파열 · 내측 측부인대의 파열 · 전십자인대의 파열 · 후십자인대의 파열 · 무릎의 으깸손상 · 아래다리의 외상성 절단	S82.0 S83.0 S83.1 S83.2 S83.42 S83.43 S83.52 S83.53 S87.0 S88
고관절	· 대퇴골 경부의 골절 · 대퇴골 전자부의 골절 · 전자하 골절 · 고관절의 탈구 · 엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S72.0 S72.1 S72.2 S73.0 S78

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 관절(무릎 및 고관절)의 손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표30】 무릎인대파열 및 연골손상 분류표

약관에 규정하는 "무릎인대파열 및 연골손상"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
외측 측부인대의 파열	S83.42
내측 측부인대의 파열	S83.43
전십자인대의 파열	S83.52
후십자인대의 파열	S83.53
현존 반달연골의 찢김	S83.2
현존 무릎관절 연골의 찢김	S83.3
무릎의 다발성 구조의 손상	S83.7

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 무릎인대파열 및 연골의 손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표31】 외상성척추손상 분류표

약관에 규정하는 "외상성척추손상"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
· 목의 골절	S12
경추간판 외상성 파열	S13.0
· 경추탈구	S13.1
· 목의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S13.2
목의 다발 탈구	S13.3
목부의의 신경 및 척수의 손상	S14
흉추의 골절	S22.0
흉추의 다발골절	S22.1
요추의 골절	S32.0
천골의 골절	S32.1
미추의 골절	S32.2
요추 및 골반의 다발골절	S32.7
요천추의 상세불명 부분의 골절	S32.83
요추간판의 외상성 파열	S33.0
요추의 탈구	S33.1

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 외상성척추손상의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표32】 부상급별 지급보험금표

부상급별	한도금액	부상 내용
1급	2천만원	1. 고관절의 골절 또는 골절성 탈구 2. 척추체 분쇄성 골절 3. 척추체 골절 또는 탈구로 인한 제신경증상으로 수술을 시행한 부상 4. 외상성 두개강 안의 출혈로 개두술을 시행한 부상 5. 두개골의 함몰골절로 신경학적 증상이 심한 부상 또는 경막하 수종, 수활액 낭종, 거미막하 출혈 등으로 개두술을 시행한 부상 6. 고도의 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 생명이 위독한 부상(48시간 이상 혼수상태가 지속되는 경우만 해당한다) 7. 대퇴골 간부의 분쇄성 골절 8. 경골 아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 9. 화상 · 좌창 · 괴사창 등 연부조직에 손상이 심한 부상(몸 표면의 9퍼센트 이상의 부상) 10. 사지와 몸통의 연부조직에 손상이 심하여 유경식피술을 시행한 부상 11. 상박골 경부 골절과 간부 분쇄골절이 중복된 경우 또는 상완골 삼각골절 12. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 부상
2급	1천만원	1. 상박골 분쇄성 골절 2. 척추체의 압박골절이 있으나 제신경증상이 없는 부상 또는 경추 탈구(아탈구 포함), 골절 등으로 경추보조기(할로베스트) 등 고정술을 시행한 부상 3. 두개골 골절로 신경학적 증상이 현저한 부상(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) 4. 내부장기 파열과 골반골 골절이 동반된 부상 또는 골반골 골절과 요도 파열이 동반된 부상 5. 슬관절 탈구 6. 족관절부 골절과 골절성 탈구가 동반된 부상 7. 척골 간부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 부상 8. 천장골 간 관절 탈구 9. 슬관절 전 · 후십자인대 및 내측부인대 파열과 내 · 외측 반월상 연골이 전부 파열된 부상 10. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 부상
3급	1천만원	1. 상박골 경부 골절 2. 상박골 과부 골절과 주관절 탈구가 동반된 부상 3. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 부상 4. 수근 주상골 골절 5. 요골 신경손상을 동반한 상박골 간부 골절 6. 대퇴골 간부 골절(소아의 경우에는 수술을 시행한 경우만 해당하며, 그 외의 사람의 경우에는 수술의 시행 여부를 불문한다) 7. 무릎골(슬개골을 말한다. 이하 같다) 분쇄 골절과 탈구로 인하여 무릎골 완전 적출술을 시행한 부상 8. 경골 과부 골절로 인하여 관절면이 손상되는 부상(경골극 골절로 관혈적 수술을 시행한 경우를 포함한다) 9. 족근 골척골 간 관절 탈구와 골절이 동반된 부상 또는 족근중족(Lisfranc)관절의 골절 및 탈구 10. 전 · 후십자인대 또는 내외측 반월상 연골 파열과 경골극 골절 등이 복합된 슬내장 11. 복부 내장 파열로 수술이 불가피한 부상 또는 복강내출혈로 수술한 부상 12. 뇌손상으로 뇌신경 마비를 동반한 부상 13. 중증도의 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 신경학적 증상이 심한 부상(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) 14. 개방성 공막 열창으로 양쪽 안구가 파열되어 양안 적출술을 시행한 부상 15. 경추궁의 선상 골절 16. 항문 파열로 인공항문 조성술 또는 요도 파열로 요도성형술을 시행한 부상 17. 대퇴골 과부 분쇄 골절로 인하여 관절면이 손상되는 부상 18. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 부상
4급	900만원	1. 대퇴골 과부(원위부, 과상부 및 대퇴과간을 포함한다) 골절 2. 경골 간부 골절, 관절면 침범이 없는 경골 과부 골절 3. 거골 경부 골절 4. 슬개인대 파열 5. 견갑 관절부위의 회선근개 골절 6. 상박골 외측상과 전위 골절 7. 주관절부 골절과 탈구가 동반된 부상 8. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 부상 9. 안구 파열로 적출술이 불가피한 부상 또는 개방성 공막열창으로 안구 적출술, 각막 이식술을 시행한 부상 10. 대퇴 사두근, 이두근 파열로 관혈적 수술을 시행한 부상 11. 슬관절부의 내 · 외측부 인대, 전 · 후십자 인대, 내 · 외측반월상 연골 완전 파열(부분 파열로 수술을 시행한 경우를 포함한다) 12. 관혈적 정복술을 시행한 소아의 경 · 비골 아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 13. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 부상
5급	900만원	1. 골반골의 중복 골절(말가이그니씨 골절 등을 포함한다)

부상급별	한도금액	부상 내용
		2. 족관절부의 내외과 골절이 동반된 부상 3. 족종골 골절 4. 상박골 간부 골절 5. 요골 원위부(Colles, Smith, 수근 관절면, 요골 원위 골단 골절을 포함한다) 골절 6. 척골 근위부 골절 7. 다발성 늑골 골절로 혈흉, 기흉이 동반된 부상 또는 단순 늑골 골절과 혈흉, 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한부상 8. 족배부 근건 파열창 9. 수장부 근건 파열창(상완심부 열창으로 삼각근, 이두근 근건파열을 포함한다) 10. 아킬레스건 파열 11. 소아의 상박골 간부 골절(분쇄골절을 포함한다)로 수술한 부상 12. 결막, 공막, 망막 등의 자체 파열로 봉합술을 시행한 부상 13. 거골 골절(경부는 제외한다) 14. 관혈적 정복술을 시행하지 아니한 소아의 경 · 비골 아래의 3분의 1 이상의 분쇄 골절 15. 관혈적 정복술을 시행한 소아의 경골 분쇄 골절 16. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 부상 17. 그 밖에 5급에 해당된다고 인정되는 부상
6급	500만원	1. 소아의 하지 장관골 골절(분쇄 골절 또는 성장판 손상을 포함한다) 2. 대퇴골 대전자부 절편 골절 3. 대퇴골 소전자부 절편 골절 4. 다발성 발바닥뼈(중족골을 말한다. 이하 같다) 골절 5. 치골 · 좌골 · 장골 · 천골의 단일 골절 또는 미골 골절로 수술한 부상 6. 치골 상 · 하지 골절 또는 양측 치골 골절 7. 단순 손목뼈 골절 8. 요골 간부 골절(원위부 골절은 제외한다) 9. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 10. 척골 주두부 골절 11. 다발성 손바닥뼈(중수골을 말한다. 이하 같다) 골절 12. 두개골 골절로 신경학적 증상이 경미한 부상 13. 외상성 경막하 수종, 수활액 낭종, 거미막하 출혈 등으로 수술하지 아니한 부상(천공술을 시행한 경우를 포함한다) 14. 늑골 골절이 없이 혈흉 또는 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 부상 15. 상박골 대결절 견연 골절로 수술을 시행한 부상 16. 대퇴골 또는 대퇴골 과부 견연 골절 17. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상태 18. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 부상
7급	500만원	1. 소아의 상지 장관골 골절 2. 족과절 내과골 또는 외과골 골절 3. 상박골 상과부굴곡 골절 4. 고관절 탈구 5. 견갑 관절 탈구 6. 견봉쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉쇄골간 인대 파열 7. 족관절 탈구 8. 천장관절 이개 또는 치골 결합부 이개 9. 다발성 안면두개골 골절 또는 신경손상과 동반된 안면 두개골 골절 10. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 부상 11. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 부상
8급	240만원	1. 상박골 절과부 신전 골절 또는 상박골 대결절 견연 골절로 수술하지 아니한 부상 2. 쇄골 골절 3. 주관절 탈구 4. 견갑골(견갑골극 또는 체부, 흉곽 내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오훼돌기를 포함한다) 골절 5. 견봉쇄골 인대 또는 오구쇄골 인대 완전 파열 6. 주관절 내 상박골 소두 골절 7. 비골(다리) 골절, 비골 근위부 골절(신경손상 또는 관절면 손상을 포함한다) 8. 발가락뼈(족지골을 말한다. 이하 같다)의 골절과 탈구가 동반된 부상 9. 다발성 늑골 골절 10. 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 신경 학적 증상이 경미한 부상 11. 안면부 열창, 두개부 타박 등에 의한 뇌손상이 없는 뇌신경손상 12. 상악골, 하악골, 치조골, 안면 두개골 골절 13. 안구 적출술 없이 시신경의 손상으로 실명된 부상 14. 족부 인대 파열(부분 파열은 제외한다) 15. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 부상 16. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 부상
9급	240만원	1. 척추골의 극상돌기, 횡돌기 골절 또는 하관절 돌기 골절(다발성 골절을 포함한다)

부상급별	한도금액	부상 내용
		2. 요골 골두골 골절 3. 완관절 내 월상골 전방 탈구 등 손목뼈 탈구 4. 손가락뼈(수지골을 말한다. 이하 같다)의 골절과 탈구가 동반된 부상 5. 손바닥뼈 골절 6. 수근 골절(주상골은 제외한다) 7. 발목뼈(족근골을 말한다) 골절(거골 · 종골은 제외한다) 8. 발바닥뼈 골절 9. 족관절부 염좌, 경 · 비골 이개, 족부 인대 또는 아킬레스건의 부분파열 10. 늑골, 흉골, 늑연골 골절 또는 단순 늑골 골절과 혈흉, 기흉이 동반되어 수술을 시행하지 아니한 경우 11. 척추체간 관절부 염좌로서 그 부근의 연부조직(인대 · 근육 등) 손상이 동반된 부상 12. 척수 손상으로 마비증상이 없고 수술을 시행하지 아니한 경우 13. 완관절 탈구(요골, 손목뼈 관절 탈구 또는 수근간 관절탈구, 하 요척골 관절 탈구를 포함한다) 14. 미골 골절로 수술하지 아니한 부상 15. 슬관절부 인대의 부분 파열로 수술을 시행하지 아니한 경우 16. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 부상 17. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 부상
10급	160만원	1. 외상성 슬관절내 혈종(활액막염을 포함한다) 2. 손바닥뼈 지골 간 관절 탈구 3. 손목뼈 손바닥뼈 간 관절 탈구 4. 상지부 각 관절부(견관절, 주관절, 완관절) 염좌 5. 척골 · 요골 경상돌기 골절, 제불완전골절[비골(코) 골절, 손가락뼈 골절 및 발가락뼈 골절은 제외한다] 6. 손가락 신전근건 파열 7. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 부상 8. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 부상
11급	160만원	1. 발가락뼈 관절 탈구 및 염좌 2. 손가락 골절 · 탈구 및 염좌 3. 비골(코) 골절 4. 손가락뼈 골절 5. 발가락뼈 골절 6. 뇌진탕 7. 고막 파열 8. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 부상 9. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 부상
12급	80만원	1. 8일 이상 14일 이하의 입원을 필요로 하는 부상 2. 15일 이상 26일 이하의 통원을 필요로 하는 부상 3. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 부상
13급	80만원	1. 4일 이상 7일 이하의 입원을 필요로 하는 부상 2. 8일 이상 14일 이하의 통원을 필요로 하는 부상 3. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 부상
14급	80만원	1. 3일 이하의 입원을 필요로 하는 부상 2. 7일 이하의 통원을 필요로 하는 부상 3. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 부상

〈비 고〉

1. 2급부터 11급까지의 부상 내용 중 개방성 골절은 해당 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다.
2. 2급부터 11급까지의 부상 내용 중 단순성 선상 골절로 인한 골편의 전위가 없는 골절은 해당 등급보다 한 등급 낮은 금액으로 배상한다.
3. 2급부터 11급까지의 부상 내용 중 2가지 이상의 부상이 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 부상으로부터 하위 3등급(예: 부상내용이 주로 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 부상이 중복된 경우에만 가장 높은 부상 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다.
4. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 부상이 중복된 경우에는 1급의 금액을 초과하지 아니하는 범위에서 부상 등급별 해당 금액의 합산액을 배상한다.

【별표33】 아킬레스힘줄손상 분류표

약관에 규정하는 “아킬레스힘줄손상”으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
아킬레스힘줄의 손상	S86.0

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 아킬레스힘줄의 손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표34】 급여 골절철심제거술 수가코드

약관에 규정하는 급여 골절철심제거술로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수에 해당하는 아래의 진료행위가 발생한 경우를 말합니다.

대상 치료	분류번호
1. 체내고정용금속제거술[골반골, 대퇴골]	N0972
2. 체내고정용금속제거술[상완골,견갑골]	N0973
3. 체내고정용금속제거술[전완골,하퇴골]-요척골 동시, 경비골 동시	N0974
4. 체내고정용금속제거술[쇄골,슬개골,수근골,족근골]	N0975
5. 체내고정용금속제거술[중수골,중족골,지골]	N0976
6. 체내고정용금속제거술[전완골,하퇴골]	N0977
7. 체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나 금속정등을근막절개하에간단히제거한경우	N0978
8. 체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나 금속정등을근막절개없이간단히제거한경우	N0979
9. 척추체내고정용금속제거술-전방	N2471
10. 척추체내고정용금속제거술-후방	N2472
11. 악골내고정용금속제거술(악골내강선고정의제거)	U4971
12. 악골내고정용금속제거술(소형금속판의제거)	U4972
13. 악골내고정용금속제거술(재건용금속판의제거,악골1/2이상의크기에달한것)	U4973
14. 악골내고정용금속제거술(재건용금속판의제거,악골1/2미만의크기인것)	U4974

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 ·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수술당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표35】 통합상해분류표

약관에서 규정하는 통합상해로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 통합상해 해당 여부를 판단합니다.

구분	부위	대상이 되는 항목	분 류 번 호
경증	머리 및 목	머리의 표재성 손상	S00
		머리의 열린상처	S01
		머리의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S03
		머리의 기타 및 상세불명의 손상	S09
		목의 표재성 손상	S10
		목의 열린상처	S11
		목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13
		목의 기타 및 상세불명의 손상	S19
	몸통	흉부의 표재성손상	S20
		흉부의 열린상처	S21
		흉곽의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S23
		기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
		흉부의 기타 및 상세불명의 손상	S29
		복부, 아래등 및 골반의 표재성 손상	S30
		복부, 아래등 및 골반의 열린상처	S31
		요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33
		복부, 아래등 및 골반의 기타 상세불명의 손상	S39
	어깨 및 위팔	어깨 및 위팔의 표재성 손상	S40
		어깨 및 위팔의 열린상처	S41
		견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S43
		어깨 및 위팔의 기타 및 상세불명의 손상	S49
	아래팔	아래팔의 표재성손상	S50
		아래팔의 열린상처	S51
		팔꿈치의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S53
		아래팔의 기타 및 상세불명의 손상	S59
	손목 및 손	손목 및 손의 표재성 손상	S60
		손목 및 손의 열린상처	S61
		손목 및 손부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S63
		손목 및 손의 기타 및 상세불명의 손상	S69
	엉덩이 및 대퇴	엉덩이 및 대퇴의 표재성 손상	S70
		엉덩이 및 대퇴의 열린상처	S71
		고관절의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S73
		엉덩이 및 대퇴의 기타 및 상세불명의 손상	S79
	아래다리	아래다리의 표재성 손상	S80
		아래다리의 열린상처	S81
		무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S83
		아래다리의 기타 및 상세불명의 손상	S89
	발목 및 발	발목 및 발의 표재성 손상	S90
		발목 및 발의 열린상처	S91
		발목 및 발 부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S93
		발목 및 발의 기타 및 상세불명의 손상	S99
	기타	여러 신체부위를 침범한 표재성 손상	T00
		여러 신체부위를 침범한 열린상처	T01
		여러 신체부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03
		달리 분류되지 않은 여러 신체부위를 침범한 기타 손상	T06
		상세불명의 다발손상	T07
		척추 및 몸통의 상세불명 부위의 기타 손상	T09
		팔의 상세불명 부위의 기타 손상	T11
		다리의 상세불명 부위의 기타 손상	T13
		상세불명의 신체부위의 손상	T14
		머리 및 목의 화상 및 부식	T20
		몸통의 화상 및 부식	T21
		손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22

구분	부위	대상이 되는 항목	분 류 번 호
		손목 및 손의 화상 및 부식	T23
		발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
		발목 및 발의 화상 및 부식	T25
		눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
		기도의 화상 및 부식	T27
		기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
		여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
		상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
		포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
		포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
		표재성 동상	T33
		조직괴사를 동반한 동상	T34
		여러 신체부위를 침범한 동상 및 상세불명의 동상	T35
중등증	머리 및 목	두개골 및 안면골의 골절	S02
		뇌신경의 손상	S04
		눈 및 안와의 손상	S05
		두 개내손상	S06
		목의 골절	S12
		목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
		목부위의 혈관의 손상	S15
		목부위의 근육 및 힘줄의 손상	S16
	몸통	늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
		흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24
		흉부 혈관의 손상	S25
		심장의 손상	S26
		요추 및 골반의 골절	S32
		복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
		복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상	S35
		복강내기관의 손상	S36
		비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
	어깨 및 위팔	어깨 및 위팔의 골절	S42
		어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
		어깨 및 위팔 부위의 혈관의 손상	S45
		어깨 및 위팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S46
	아래팔	아래팔의 골절	S52
		아래팔 부위의 신경의 손상	S54
		아래팔 부위의 혈관의 손상	S55
		아래팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S56
	손목 및 손	손목 및 손부위의 골절	S62
		손목 및 손부위의 신경의 손상	S64
		손목 및 손부위의 혈관의 손상	S65
		손목 및 손부위의 근육 및 힘줄의 손상	S66
	엉덩이 및 대퇴	대퇴골의 골절	S72
		엉덩이 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
		엉덩이 및 대퇴 부위의 혈관의 손상	S75
		엉덩이 및 대퇴 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S76
	아래다리	발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
		아래다리 부위의 신경손상	S84
		아래다리 부위의 혈관의 손상	S85
		아래다리 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S86
	발목 및 발	발목을 제외한 발의 골절	S92
		발목 및 발 부위의 신경의 손상	S94
		발목 및 발 부위의 혈관의 손상	S95
		발목 및 발 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S96
	기타	여러 신체부위를 침범한 골절	T02
		척추의 상세불명 부위의 골절	T08
		팔의 상세불명 부위의 골절	T10

구분	부위	대상이 되는 항목	분 류 번 호
		다리의 상세불명 부위의 골절	T12
중증	머리 및 목	머리의 으깸손상 머리 부분의 외상성 절단 목의 으깸손상 목부위의 외상성 절단	S07 S08 S17 S18
	몸통	흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단 복부, 아래등 및 골반의 으깸손상 및 외상성 절단	S28 S38
	어깨 및 위팔	어깨 및 위팔의 으깸손상 어깨 및 위팔의 외상성 절단	S47 S48
	아래팔	아래팔의 으깸손상 아래팔의 외상성 절단	S57 S58
	손목 및 손	손목 및 손의 으깸손상 손목 및 손의 외상성 절단	S67 S68
	엉덩이 및 대퇴	엉덩이 및 대퇴의 으깸손상 엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S77 S78
	아래다리	아래다리의 으깸손상 아래다리의 외상성 절단	S87 S88
	발목 및 발	발목 및 발의 으깸손상 발목 및 발의 외상성 절단	S97 S98
	기타	여러 신체부위를 침범한 으깸손상 여러 신체부위를 침범한 외상성 절단	T04 T05

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 통합상해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표36】 후유장해급별 지급보험금표

장해급별	한도금액	신체장해 내용
1급	1억원	1. 두 눈이 실명된 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 항상 보호를 받아야 하는 사람 4. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 항상 보호를 받아야 하는 사람 5. 반신불수가 된 사람 6. 두 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람 7. 두 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 8. 두 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람 9. 두 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람
2급	9천만원	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 보호를 받아야 하는 사람 6. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 수시로 보호를 받아야 하는 사람
3급	8천만원	1. 한쪽 눈이 실명되고 다른 쪽 눈의 시력이 0.06 이하로 된 자 2. 말하는 기능이나 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 일생 동안 노무에 종사할 수 없는 사람 4. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 일생 동안 노무에 종사할 수 없는 사람 5. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
4급	7천만원	1. 두 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 3. 고막이 전부 결손되거나 그 외의 원인으로 인하여 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 못쓰게 된 사람 7. 두 발을 족근중족(Lisfranc) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람
5급	6천만원	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. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무 외에는 종사할 수 없는 사람 8. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무 외에는 종사할 수 없는 사람
6급	5천만원	1. 두 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람 2. 말하는 기능이나 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 3. 고막이 대부분 결손되거나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력이 귀에 입을 대고 말하지 아니하면 큰 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 4. 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고 다른 귀의 청력이 40센티미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 5. 척추에 뚜렷한 기형이나 뚜렷한 운동장애가 남은 사람 6. 한쪽 팔의 3대 관절 중 2개 관절을 못쓰게 된 사람 7. 한쪽 다리의 3대 관절 중 2개 관절을 못쓰게 된 사람 8. 한쪽 손의 5개 손가락을 잃거나 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 잃은 사람
7급	4천만원	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 아니하게 되고 다른 쪽 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 4. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장애가 남아 손쉬운 노무 외에는 종사하지 못하는 사람 5. 흉복부 장기의 기능에 장애가 남아 손쉬운 노무 외에는 종사하지 못하는 사람 6. 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 또는 한쪽 손의 엄지 손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3개 이상의 손가락을 잃은 사람 7. 한쪽 손의 5개의 손가락 또는 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한쪽 발을 족근중족 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 9. 한쪽 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 운동장애가 남은 사람 10. 한쪽 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 운동장애가 남은 사람 11. 두 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람

장해급별	한도금액	신체장해 내용
		12. 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 사람 13. 양쪽의 고환을 잃은 사람
8급	3천만원	1. 한쪽 눈이 시력이 0.02 이하로 된 사람 2. 척추에 운동장애가 남은 사람 3. 한쪽 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 4. 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한쪽 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3개 이상의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 5. 한쪽 다리가 5센티미터 이상 짧아진 사람 6. 한쪽 팔의 3대 관절 중 1개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 7. 한쪽 다리의 3대 관절 중 1개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한쪽 팔에 가관절이 남은 사람 9. 한쪽 다리에 가관절이 남은 사람 10. 한쪽 발의 발가락을 모두 잃은 사람 11. 비장 또는 한쪽의 신장을 잃은 사람
9급	2천250만원	1. 두 눈의 시력이 각각 0.6 이하로 된 사람 2. 한쪽 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 3. 두 눈에 반맹증 · 시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 4. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 5. 코가 결손되어 그 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 6. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 장애가 남은 사람 7. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 8. 한쪽 귀의 청력이 귀에 입을 대고 말하지 아니하면 큰 말소리를 알아듣지 못하고 다른 쪽 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 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락 외의 3개의 손가락을 잃은 사람 11. 한쪽 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 한쪽 발의 엄지발가락을 포함하여 2개 이상의 발가락을 잃은 사람 13. 한쪽 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 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
10급	1천880만원	1. 한쪽 눈이 시력이 0.1 이하로 된 사람 2. 말하는 기능이나 음식물을 씹는 기능에 장애가 남은 사람 3. 14개 이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 4. 한쪽 귀의 청력이 귀에 입을 대고 말하지 아니하면 큰 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 5. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서 보통의 말소리를 듣는 데 지장이 있는 사람 6. 한쪽 손의 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째 가락 외의 2개의 손가락을 잃은 사람 7. 한쪽 손의 엄지손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한쪽 손의 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한 쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락 외의 3개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한쪽 다리가 3센티미터 이상 짧아진 사람 9. 한쪽 발의 엄지발가락 또는 그 외의 4개의 발가락을 잃은 사람 10. 한쪽 팔의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 11. 한쪽 다리의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람
11급	1천500만원	1. 두 눈이 모두 근접반사 기능에 뚜렷한 장애가 남거나 뚜렷한 운동장애가 남은 사람 2. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 장애가 남은 사람 3. 한쪽 눈의 눈꺼풀에 결손이 남은 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. 척추에 기형이 남은 사람 7. 한쪽 손의 가운데손가락 또는 넷째손가락을 잃은 사람 8. 한쪽 손의 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락 외의 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 9. 한쪽 발의 엄지발가락을 포함하여 2개 이상의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 10. 흉복부 장기의 기능에 장애가 남은 사람 11. 10개 이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람
12급	1천250만원	1. 한쪽 눈의 근접반사 기능에 뚜렷한 장애가 있거나 뚜렷한 운동장애가 남은 사람 2. 한쪽 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애가 남은 사람 3. 7개 이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 4. 한쪽 귀의 귓바퀴가 대부분 결손된 사람 5. 쇄골, 흉골, 늑골, 견갑골 또는 골반골에 뚜렷한 기형이 남은 사람 6. 한쪽 팔의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 장애가 남은 사람 7. 한쪽 다리의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 장애가 남은 사람

장해급별	한도금액	신체장해 내용
		8. 장관골에 기형이 남은 사람 9. 한쪽 손의 가운데손가락이나 넷째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 10. 한쪽 발의 둘째발가락을 잃은 사람 또는 한쪽 발의 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 잃은 사람 또는 한쪽 발의 가운데 발가락 이하의 3개의 발가락을 잃은 사람 11. 한쪽 발의 엄지발가락 또는 그 외의 4개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 국부에 뚜렷한 신경증상이 남은 사람 13. 외모에 흉터가 남은 사람
13급	1천만원	1. 한쪽 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 2. 한쪽 눈에 반맹증, 시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 3. 두 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 4. 5개 이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 5. 한쪽 손의 새끼손가락을 잃은 사람 6. 한쪽 손의 엄지손가락 마디뼈의 일부를 잃은 사람 7. 한쪽 손의 둘째손가락 마디뼈의 일부를 잃은 사람 8. 한쪽 손의 둘째손가락의 끝관절을 굽히고 펼 수 없게 된 사람 9. 한쪽 다리가 1센티미터 이상 짧아진 사람 10. 한쪽 발의 가운데발가락 이하의 발가락 1개 또는 2개를 잃은 사람 11. 한쪽 발의 둘째발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한쪽 발이 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한쪽 발의 가운데 발가락 이하의 발가락 3개를 제대로 못쓰게 된 사람
14급	630만원	1. 한쪽 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 있거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 2. 3개 이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 3. 한쪽 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 4. 팔의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 5. 다리의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 6. 한쪽 손의 새끼손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 7. 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락 외의 손가락 마디뼈의 일부를 잃은 사람 8. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락 외의 손가락 끝관절을 제대로 못쓰게 된 사람 9. 한 발의 가운데발가락 이하의 발가락 1개 또는 2개를 제대로 못쓰게 된 사람 10. 국부에 신경증상이 남은 사람

〈비 고〉

1. 신체장해가 둘 이상 있는 경우에는 중한 신체장해에 해당하는 장해등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다.
2. 시력의 측정은 국제식 시력표로 하며, 굴절 이상이 있는 사람에 대하여는 원칙적으로 교정시력을 측정한다.
3. "손가락을 잃은 것"이란 엄지손가락은 지관절, 그 밖의 손가락은 제1지관절 이상을 잃은 경우를 말한다.
4. "손가락을 제대로 못쓰게 된 것"이란 손가락 끝부분의 2분의 1 이상을 잃거나 중수지관절 또는 제1지관절(엄지손가락의 경우에는 지관절을 말한다)에 뚜렷한 운동장애가 남은 경우를 말한다.
5. "발가락을 잃은 것"이란 발가락의 전부를 잃은 경우를 말한다.
6. "발가락을 제대로 못쓰게 된 것"이란 엄지발가락은 끝관절의 2분의 1 이상을, 그 밖의 발가락은 끝관절 이상을 잃거나 중족지관절 또는 제1지관절(엄지발가락의 경우에는 지관절을 말한다)에 뚜렷한 운동장애가 남은 경우를 말한다.
7. "흉터가 남은 것"이란 성형수술을 한 후에도 육안으로 식별이 가능한 흔적이 있는 상태를 말한다.
8. "항상 보호를 받아야 하는 것"이란 일상생활에서 기본적인 음식섭취, 배뇨 등을 다른 사람에게 의존하여야 하는 것을 말한다.
9. "수시로 보호를 받아야 하는 것"이란 일상생활에서 기본적인 음식섭취, 배뇨 등은 가능하나, 그 외의 일은 다른 사람에게 의존하여야 하는 것을 말한다.
10. "항상보호 또는 수시보호를 받아야 하는 기간"은 의사가 판정하는 노동능력상실기간을 기준으로 하여 타당한 기간으로 정한다.
11. "제대로 못 쓰게 된 것"이란 정상기능의 4분의 3 이상을 상실한 경우를 말하고, "뚜렷한 장애가 남은 것"이란 정상기능의 2분의 1 이상을 상실한 경우를 말하며, "장애가 남은 것"이란 정상기능의 4분의 1 이상을 상실한 경우를 말한다.
12. "신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무 외에는 종사할 수 없는 것"이란 신경계통의 기능 또는 정신기능의 뚜렷한 장애로 노동능력이 일반인의 4분의 1 정도만 남아 평생 동안 특별히 쉬운 일 외에는 노동을 할 수 없는 사람을 말한다.
13. "신경계통의 기능 또는 정신기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 것"이란 노동능력이 어느 정도 남아 있으나 신경계통의 기능 또는 정신기능의 장애로 종사할 수 있는 직종의 범위가 상당한 정도로 제한된 경우로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
    가. 신체적 능력은 정상이지만 뇌손상에 따른 정신적 결손증상이 인정되는 경우
    나. 전간(癲癎) 발작과 현기증이 나타날 가능성이 의학적 · 타각적(他覺的) 소견으로 증명되는 사람
    다. 사지에 경도(輕度)의 단마비(單痲痺)가 인정되는 사람
14. "흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무 외에는 종사할 수 없는 것"이란 흉복부 장기의 장애로 노동능력이 일반인의 4분의 1 정도만 남은 경우를 말한다.
15. "흉복부 장기의 기능에 장애가 남아 손쉬운 노무 외에는 종사할 수 없는 것"이란 중등도(中等度)의 흉복부 장기의 장애로 노동능력이 일반인의 2분의 1 정도만 남은 경우를 말한다.

16. "흉복부 장기의 기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 것"이란 중등도의 흉복부 장기의 장애로 취업가능한 직종의 범위가 상당한 정도로 제한된 경우를 말한다.

【별표37】 특정 외상성 장기손상 분류표

약관에서 규정하는 특정 외상성 장기손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 외상성 장기손상 해당 여부를 판단합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 심장의 손상	S26
2. 기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
3. 복강내기관의 손상	S36
4. 비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
5. 골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S39.6

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정 외상성 장기손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표38】 특정 외상성 뇌출혈 분류표

약관에서 규정하는 특정 외상성 뇌출혈로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 외상성 뇌출혈 해당 여부를 판단합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 경막외출혈 2. 외상성 경막하출혈 3. 외상성 거미막하출혈	S06.4 S06.5 S06.6

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정 외상성 뇌출혈 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표39】 특정 외상성 뇌손상 분류표

약관에서 규정하는 특정 외상성 뇌손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 외상성 뇌손상 해당 여부를 판단합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 미만성 뇌손상	S06.2
2. 초점성 뇌손상	S06.3
3. 경막외출혈	S06.4
4. 외상성 경막하출혈	S06.5
5. 외상성 거미막하출혈	S06.6
6. 지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
7. 기타 두개내손상	S06.8
8. 상세불명의 두개내손상	S06.9

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정 외상성 뇌손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표40】 외상후스트레스장애 분류표

약관에서 규정하는 외상후스트레스장애로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 외상후스트레스장애 해당 여부를 판단합니다.

대 상 상 병	분류번호
외상후 스트레스 장애	F43.1

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 외상후스트레스장애 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표41】 전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법

[시행 2024. 8. 28.] [법률 제20368호, 2024.2.27., 일부개정]

제1조(목적)

이 법은 전기통신금융사기를 방지하기 위하여 정부의 피해 방지 대책 및 금융회사의 피해방지책임 등을 정하고, 전기통신금융사기의 피해자에 대한 피해금 환급을 위하여 사기이용계좌의 채권소멸절차와 피해금환급절차 등을 정함으로써 전기통신금융사기를 예방하고 피해자의 재산상 피해를 신속하게 회복하는 데 이바지하는 것을 목적으로 한다.

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "금융회사"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다.
   가. 「은행법」에 따른 은행
   나. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
   다. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
   라. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
   마. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자·투자중개업자·집합투자업자·신탁업자·증권금융회사·종합금융회사 및 명의개서대행회사
   바. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행과 그 중앙회
   사. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합과 그 중앙회 및 농협은행
   아. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합과 그 중앙회 및 수협은행
   자. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합과 그 중앙회
   차. 「새마을금고법」에 따른 금고와 그 중앙회
   카. 「보험업법」에 따른 보험회사
   타. 「우체국예금·보험에 관한 법률」에 따른 체신관서
   파. 그 밖에 금융업무를 행하는 기관으로서 대통령령으로 정하는 기관
2. "전기통신금융사기"란 「전기통신기본법」 제2조제1호에 따른 전기통신을 이용하여 타인을 기망(欺罔)·공갈(恐喝)함으로써 자금 또는 재산상의 이익을 취하거나 제3자에게 자금 또는 재산상의 이익을 취하게 하는 다음 각 목의 행위를 말한다. 다만, 재화의 공급 또는 용역의 제공 등을 가장한 행위는 제외하되, 대출의 제공·알선·중개를 가장한 행위는 포함한다.
   가. 자금을 송금·이체하도록 하는 행위
   나. 개인정보를 알아내어 자금을 송금·이체하는 행위
   다. 자금을 교부받거나 교부하도록 하는 행위
   라. 자금을 출금하거나 출금하도록 하는 행위

2의2. "전자금융거래"란 금융회사가 전자적 장치를 통하여 금융상품 및 서비스를 제공하고, 이용자가 금융회사의 종사자와 직접 대면하거나 의사소통을 하지 아니하고 자동화된 방식으로 이를 이용하는 거래를 말한다.

3. "피해자"란 전기통신금융사기로 인하여 재산상의 피해를 입은 자를 말한다.
4. "사기이용계좌"란 전기통신금융사기로 인하여 피해자의 자금이 송금·이체된 계좌, 피해자가 교부하였거나 피해자의 계좌에서 출금된 자금이 입금된 계좌 및 해당 계좌로부터 자금의 이전에 이용된 계좌를 말한다.
5. "피해금"이란 전기통신금융사기로 인하여 피해자의 계좌에서 사기이용계좌로 송금·이체된 금전, 피해자가 교부한 금전 또는 피해자의 계좌에서 출금된 금전을 말한다.
6. "피해환급금"이란 피해금을 환급하기 위하여 제9조에 따라 소멸된 채권을 기초로 하여 제10조에 따라 산정되어 금융회사가 피해자에게 지급하는 금전을 말한다.
7. "이용자"란 금융회사와 체결한 계약에 따라 전자금융거래를 이용하는 자를 말한다.

제2조의2(전기통신금융사기에 대한 대응 등)

① 금융위원회는 전기통신금융사기의 발생에 대비하고 그 피해를 최소화하기 위하여 다음 각 호의 업무를 수행한다.

1. 전기통신금융사기에 관한 정보의 수집·전파
2. 전기통신금융사기에 대한 예보·경보
3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 전기통신금융사기 대응조치

② 금융위원회는 전기통신금융사기의 발생을 방지하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 연도별 피해환급금 지급액 및 사기이용계좌 발생건수를 고려하여 금융위원회가 정하는 기준에 해당하는 금융회사나 그 임직원에 대하여 다음 각 호의 사항을 권고·요구 또는 명령하거나 그 개선계획을 제출할 것을 명할 수 있다.

1. 금융회사 및 임직원에 대한 주의 · 경고 · 견책(譴責) 또는 감봉
2. 금융회사가 전자금융거래 업무를 수행함에 있어 안전성과 신뢰성을 확보하기 위한 전산인력, 전산시설 및 전자적 장치 등의 개선 또는 보완에 관한 사항

③ 금융위원회는 제1항 및 제2항에 따른 업무의 전부 또는 일부를 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따라 설립된 금융감독원의 원장(이하 "금융감독원장"이라 한다)에게 위탁할 수 있다.

④ 금융감독원장이 제3항에 따라 제1항제3호의 업무를 위탁받은 때에는 신속하게 전기통신금융사기 대응에 필요한 실행계획을 수립 · 시행하여야 한다.

제2조의3(국제협력)

정부는 전기통신금융사기 피해 방지를 위하여 다른 국가 또는 국제기구와 상호 협력하여야 한다.

제2조의4(금융회사의 피해 방지 책임 등)

① 금융회사는 전기통신금융사기 피해 방지를 위하여 이용자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인임을 확인하는 조치(이하 "본인확인조치"라 한다)를 하여야 한다. 다만, 법인인 이용자가 본인확인조치를 희망하지 아니하거나 이용자가 국외에 체류하는 등의 사유로 본인확인조치를 하기 어려운 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에 해당하면 그러하지 아니하다.

1. 해당 금융회사에 대출을 신청하는 경우
2. 해당 금융회사와 체결한 계약에 따라 가입한 저축성 예금 · 적금 · 부금 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품을 해지하는 경우

② 금융회사는 제1항을 위반하여 본인확인조치를 하지 않음으로써 이용자에게 손해가 발생한 경우에는 그 손해를 배상할 책임을 진다.

제2조의5(이용자계좌에 대한 임시조치)

① 금융회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 해당 이용자 계좌의 전부 또는 일부에 대하여 이체, 송금 또는 출금을 지연시키거나 일시 정지하는 조치(이하 "임시조치"라 한다)를 하여야 한다.

1. 대통령령으로 정하는 절차에 따라 자체점검을 상시적으로 실시하여 이용자의 계좌가 전기통신금융사기의 피해를 초래할 수 있는 의심거래계좌(이하 "피해의심거래계좌"라 한다)로 이용되는 것으로 추정할 만한 사정이 있다고 인정되는 경우
2. 제15조제3항에 따라 이용자의 계좌가 피해의심거래계좌로 추정된다는 정보를 제공받은 경우

② 금융회사는 제1항에 따라 임시조치를 한 경우 지체 없이 해당 이용자에게 임시조치에 관한 사항을 통지하고 본인확인조치를 하여야 한다.

③ 금융회사는 제2항에 따른 본인확인조치 결과 해당 이용자의 계좌가 피해의심거래계좌에 해당하지 아니하는 경우에는 제1항에 따른 임시조치를 해제하여야 한다.

④ 금융회사는 제2항 및 제3항에 따른 임시조치에 관한 통지 · 해제 및 본인확인조치를 한 때에는 그 내역을 서면, 녹취, 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법 중 하나 이상의 방법으로 대통령령으로 정하는 바에 따라 보존하여야 한다.

제2조의6(금융거래의 목적 확인)

① 금융회사는 전기통신금융사기 피해 방지를 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 고객의 금융거래의 목적을 확인하여야 한다. 이 경우 금융회사는 이를 위한 업무 지침을 작성하고 운용하여야 한다.

1. 고객이 계좌의 개설을 신청하는 경우
2. 고객이 제4항에 따른 계좌의 이체 · 송금 · 출금 한도 제한을 해제하려는 경우
3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 경우

② 금융회사는 제1항에 따른 확인을 위하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 고객에게 관련 증빙서류의 제출을 요청할 수 있다.

③ 금융회사는 제1항에 따른 확인을 한 결과 금융거래의 목적이 전기통신금융사기와 관련되어 있거나 고객이 신원확인 등을 위한 정보제공을 거부하여 확인을 할 수 없는 경우에는 그 계좌의 개설을 거절하거나 기존 계좌를 해지할 수 있다.

④ 금융회사는 고객이 제2항에 따른 증빙서류를 제출하지 아니하거나 제출한 증빙서류가 금융거래의 목적을 확인하는 데 충분하지 아니한 경우에는 계좌의 이체 · 송금 · 출금 한도를 제한할 수 있다.

제2조의7(전기통신금융사기 통합신고대응센터의 설치 등)

① 전기통신금융사기에 대한 신고 및 제보 접수 등의 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 경찰청에 전기통신금융사기 통합신고대응센터(이하 "센터"라 한다)를 설치한다.

② 센터는 다음 각 호의 업무를 수행한다.

1. 전기통신금융사기에 관한 신고의 접수 · 상담

2. 전기통신금융사기에 관한 제보의 접수·처리
3. 전기통신금융사기에 관한 예보·경보의 발령
4. 전기통신금융사기에 관한 피해금 환급의 상담
5. 전기통신금융사기에 이용된 사기이용계좌의 지급정지 요청 및 사기이용계좌로 의심되는 경우의 정보제공
6. 전기통신금융사기에 이용된 전화번호에 대한 전기통신역무 제공의 중지 요청
7. 전기통신금융사기에 이용된 전화번호·사기이용계좌 등의 정보에 대한 데이터 분석과 관계 행정기관 및 관련 기관·법인·단체로의 정보 전파
8. 그 밖에 전기통신금융사기 대응에 필요한 업무로서 대통령령으로 정하는 업무

③ 경찰청장은 센터의 업무 수행을 위하여 필요한 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 관계 행정기관과 관련 기관·법인·단체에 대하여 소속 공무원 또는 임직원의 파견을 요청할 수 있다.

④ 그 밖에 센터의 구성·운영 등에 관한 사항은 대통령령으로 정한다.

제3조(피해구제의 신청등)

① 제2조제2호가목 또는 나목에 해당하는 행위로 인하여 재산상의 피해를 입은 피해자는 피해금을 송금·이체한 계좌를 관리하는 금융회사 또는 사기이용계좌를 관리하는 금융회사에 대하여 사기이용계좌의 지급정지 등 전기통신금융사기의 피해구제를 신청할 수 있다.

② 수사기관은 사기이용계좌를 관리하는 금융회사에 대하여 제2조제2호다목 또는 라목에 해당하는 행위와 관련된 사기이용계좌의 지급정지를 요청할 수 있다.

③ 수사기관은 제2항에 따른 지급정지를 요청하는 경우 요청한 날부터 대통령령으로 정하는 기한 이내에 피해자 및 피해금을 특정하여 해당 사기이용계좌를 관리하는 금융회사에 통지하여야 한다.

④ 제1항에 따른 피해구제의 신청 및 제2항에 따른 지급정지의 요청을 받은 금융회사는 다른 금융회사의 사기이용계좌로 피해금이 송금·이체된 경우 해당 금융회사에 대하여 필요한 정보를 제공하고 지급정지를 요청하여야 한다.

⑤ 제1항에 따른 피해구제의 신청, 제2항부터 제4항까지에 따른 지급정지의 요청 및 피해자·피해금의 통지에 관한 방법·절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제4조(지급정지)

① 금융회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 거래내역 등의 확인을 통하여 전기통신금융사기의 사기이용계좌로 의심할 만한 사정이 있다고 인정되면 즉시 해당 사기이용계좌의 전부에 대하여 지급정지 조치를 하여야 한다.

1. 제3조제1항에 따른 피해구제 신청이나 같은 조 제2항 또는 제4항에 따른 지급정지 요청이 있는 경우
2. 수사기관 또는 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따라 설립된 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다) 등으로부터 사기이용계좌로 의심된다는 정보제공이 있는 경우
3. 제2조의5제2항에 따른 피해의심거래계좌에 대한 본인확인조치 결과 사기이용계좌로 추정되는 경우
4. 제15조제3항에 따라 사기이용계좌에 관한 정보를 제공받은 경우
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 경우

② 금융회사는 제1항에 따라 지급정지 조치를 한 경우 지체 없이 다음 각 호의 자에게 해당 지급정지 조치에 관한 사항을 통지하여야 한다. 다만, 제1호의 명의인의 소재를 알 수 없는 경우에는 금융회사의 인터넷 홈페이지 등에 지급정지 조치에 관한 사실을 공시하여야 하며, 제3호에 따른 피해자에게는 제3조제3항 또는 제6조제2항에 따른 수사기관의 통지가 있는 때에 통지하여야 한다.

1. 제1항에 따라 지급정지 된 사기이용계좌의 명의인(이하 "명의인"이라 한다)
2. 제3조제1항에 따라 피해구제신청을 한 피해자
3. 제3조제3항 또는 제6조제2항에 따라 금융회사에 통지된 피해자
4. 피해금을 송금·이체한 계좌를 관리하는 금융회사
5. 금융감독원
6. 수사기관. 다만, 제1항 제2호에 따라 정보를 제공한 경우에 한정한다.

③ 금융회사는 제1항 제1호 또는 제2호를 위반하여 지급정지를 이행하지 아니함으로써 이용자에게 손해가 발생한 경우에는 그 손해를 배상할 책임을 진다.

④ 제1항 및 제2항에 따른 지급정지의 절차·통지 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제4조의2(지급정지 이후 압류 금지 등)

① 누구든지 제4조에 따라 지급정지가 된 사기이용계좌의 채권 전부 또는 일부와 관련하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 할 수 없다. 다만, 제8조에 따라 지급정지가 종료된 후에는 그러하지 아니하다.

1. 손해배상·부당이득반환청구소송 등의 제기

2. 「민사집행법」에 따른 압류·가압류 또는 가처분의 신청
3. 「국세징수법」에 따른 체납절차의 개시
4. 질권(質權)의 설정

② 제1항 본문에도 불구하고 명의인 또는 피해자는 그 상대방에 대하여 채무부존재확인·부당이득반환청구 소송 등을 제기할 수 있다.

제5조(채권소멸절차의 개시 공고)

① 금융회사는 제4조에 따라 지급정지 조치를 행한 경우 지체 없이 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융감독원에 명의인의 채권이 소멸되는 절차(이하 "채권소멸절차"라 한다)를 개시하기 위한 공고를 요청하여야 한다. 다만, 명의인의 채권 전부 또는 일부가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하며, 제3조제2항에 따른 지급정지 요청에 따라 지급정지 조치를 행한 경우에는 같은 조 제3항에 따른 통지가 있는 때에 공고를 요청하여야 한다.

1. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 손해배상·부당이득반환 등의 청구소송이 제기되어 법원에 계속(係屬) 중인 경우
2. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 「민사집행법」에 따른 압류·가압류 또는 가처분의 명령이 집행된 경우
3. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 「국세징수법」에 따른 체납절차가 개시된 경우
4. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 질권이 설정된 경우
5. 지급정지된 후에 제4조의2 제2항에 따라 명의인과 피해자 간 채무부존재확인·부당이득반환청구 소송 등이 제기되어 법원에 계속 중인 경우
6. 제4조에 따라 지급정지가 이루어진 사기이용계좌의 잔액이 3만원 이하의 금액으로서 대통령령으로 정하는 금액 이하인 경우. 다만, 피해자가 지급정지의 통지를 받은 날부터 30일 이내에 금융회사에 채권소멸절차의 개시를 요청한 경우에는 그러하지 아니하다.

② 금융감독원은 제1항에 따라 채권소멸절차 개시의 공고 요청을 받은 경우 지체 없이 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 공고하여야 한다.

1. 전기통신금융사기와 관련하여 채권소멸절차가 개시되었다는 취지
2. 사기이용계좌와 관련된 금융회사, 점포 및 예금 등의 종별 및 계좌번호
3. 명의인의 성명 또는 명칭
4. 공고 전 피해구제 신청에 따라 채권소멸대상에 해당하는 채권의 금액
5. 제6조에 따른 채권소멸절차 개시 이후의 피해구제 신청의 방법 및 절차
6. 제7조에 따른 명의인의 이의제기 방법 및 절차
7. 제13조의2 제1항에 따른 전자금융거래제한대상자로 지정되었다는 취지와 이의제기 방법 및 절차
8. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

③ 금융감독원은 제2항에 따라 채권소멸절차의 개시에 관한 공고를 한 경우 지체 없이 명의인에게 채권소멸절차의 개시에 관한 사실을 통지하여야 한다. 다만, 명의인의 소재를 알 수 없는 경우에는 제2항에 따른 공고로 명의인에 대한 통지가 이루어진 것으로 본다.

제6조(채권소멸절차 개시 이후의 피해구제)

① 제5조 제2항에 따라 채권소멸절차 개시의 공고가 이루어진 사기이용계좌의 피해자로서 채권소멸절차 개시의 공고 전에 피해구제를 신청하지 아니한 자는 금융회사에 대하여 제5조제2항에 따른 공고일부터 2개월 이내에 피해구제의 신청을 할 수 있다.

② 수사기관은 제5조제2항에 따라 채권소멸절차 개시의 공고가 이루어진 사기이용계좌와 관련한 추가 피해자와 피해금을 제5조제2항에 따른 공고일부터 2개월 이내에 금융회사에 통지할 수 있다.

③ 금융회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 금융감독원에 해당 피해금에 대한 채권소멸절차의 개시 공고를 요청하여야 한다.

1. 제1항에 따른 피해구제 신청에 대하여 해당 거래내역 등을 확인하여 피해자로 인정된다고 판단하는 경우
2. 제2항에 따른 수사기관의 통지가 있는 경우

④ 제3항에 따라 공고 요청을 받은 금융감독원은 지체 없이 해당 사항을 공고하여야 한다. 이 경우 채권소멸절차 개시의 공고 요청 및 공고에 관하여는 제5조제1항 및 제2항을 준용한다

⑤ 금융회사 및 금융감독원은 채권소멸절차 개시 공고 전에 피해구제의 신청을 하지 아니한 피해자가 제1항에 따라 피해구제의 신청을 할 수 있도록 필요한 정보를 제공하는 등 적극적인 노력을 하여야 한다.

제7조(지급정지 등에 대한 이의제기)

① 명의인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제4조제1항에 따른 지급정지 또는 제13조의2제3항에 따른 전자금융거래 제한이 이루어진 날부터 제5조제2항에 따른 공고일을 기준으로 2개월이 경과하기 전까지 금융회사에 지급정지, 전자금융거래 제한 및 채권소멸절차에 대하여 이의를 제기할 수 있다.

1. 해당 계좌가 사기이용계좌가 아니라는 사실을 소명하는 경우
2. 제9조에 따라 소멸될 채권의 전부 또는 일부를 명의인이 재화 또는 용역의 공급에 대한 대가로 받았거나 그 밖에 정당한 권원에 의하여 취득한 것임을 객관적인 자료로 소명하는 경우. 다만, 해당 계좌가 전기통신금융사기에 이용된 사실을 사기이용계좌로 이용된 경위, 거래행태, 거래내역 등의 확인을 통하여 명의인이 알았거나 중대한 과실로 알지 못하였다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니하다.
3. 해당 계좌가 피해금 편취를 위하여 이용된 계좌가 아니라는 사실을 객관적인 자료로 소명하는 경우

② 금융회사는 제1항에 따른 이의제기가 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 이를 접수하고 즉시 피해구제 신청을 한 피해자(제3조제3항 또는 제6조제2항에 따라 금융회사에 통지된 피해자를 포함한다. 이하 같다) 및 금융감독원에 통지하여야 한다.

③ 명의인의 이의제기 방법 및 절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제8조(지급정지 등의 종료)

① 금융회사 및 금융감독원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 사기이용계좌의 전부 또는 일부에 대하여 이 법에 따른 지급정지 · 채권소멸절차 및 명의인에 대한 전자금융거래 제한을 종료하여야 한다. 다만, 제1호 및 제13조의2제1항제1호부터 제3호까지에 해당하는 경우에는 전자금융거래 제한을 종료하지 아니 한다.

1. 제5조 제1항 제1호부터 제4호까지의 어느 하나에 해당하는 사유가 발생한 경우

1의2. 제5조 제1항 제5호에 해당하는 사유가 발생한 경우

2. 제7조제1항에 따른 이의제기가 있는 경우. 다만, 같은 항 제3호에 따른 이의제기가 있는 경우에는 해당 사기이용계좌에 예치된 금액 중 전기통신금융사기 피해금을 제외한 금액에 한정한다.
3. 금융감독원 또는 수사기관이 해당 계좌가 사기이용계좌가 아니라고 인정하는 경우
4. 피해환급금 지급이 종료된 경우

② 금융회사는 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 때에는 지급정지를 해제하지 아니한다.

1. 제5조 제1항 제1호에 따라 소송이 법원에 계속 중인 경우

1의2. 제5조제1항제5호에 따라 소송이 법원에 계속 중인 경우(해당 사기이용계좌에 예치된 금액 중 전기통신금융사기 피해금에 한정한다)

2. 제7조제2항에 따라 명의인의 이의제기 사실을 피해자가 통보받은 날부터 2개월이 경과하기 전. 다만, 명의인이 제7조제1항 각 호의 어느 하나에 해당함을 객관적인 자료로 충분히 소명하고 이에 상당한 이유가 있다고 인정되는 경우에는 지급정지를 해제할 수 있다.

③ 금융회사 또는 금융감독원은 제1항 및 제2항에 따라 지급정지 및 채권소멸절차를 종료한 경우 지체 없이 해당 명의인과 피해구제 신청을 한 피해자 및 관련 금융회사에 통지하여야 한다.

제9조(채권의 소멸)

① 명의인의 채권(제5조제2항 및 제6조제4항에 따른 채권소멸절차 개시 공고가 이루어진 금액에 한한다)은 제5조제2항에 따른 최초의 채권소멸절차 개시의 공고일부터 2개월이 경과하면 소멸한다.

② 금융감독원은 제1항에 따라 명의인의 채권이 소멸된 경우 다음 각 호의 사항을 해당 명의인, 제3조 및 제6조에 따라 피해구제를 신청한 피해자 및 관련 금융회사에게 통지하여야 한다. 다만, 명의인의 소재를 알 수 없는 경우에는 금융감독원 및 해당 금융회사의 인터넷 홈페이지 등에 해당 사실을 공시하여야 한다.

1. 제1항에 따라 해당 명의인의 채권이 소멸되었다는 사실
2. 소멸되는 채권의 금액
3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

제10조(피해환급금의 결정 · 지급)

① 금융감독원은 제9조제1항에 따라 채권이 소멸된 날부터 14일 이내에 피해환급금을 지급받을 자 및 그 금액을 결정하여 그 내역을 제3조제1항 및 제6조제1항에 따라 피해구제를 신청한 피해자 및 금융회사에 통지하여야 하고, 통지를 받은 금융회사는 지체 없이 피해환급금을 피해자에게 지급하여야 한다.

② 제1항의 피해환급금은 총피해금액이 소멸채권 금액을 초과하는 경우 소멸채권 금액에 각 피해자의 피해금액의 총피해금액에 대한 비율을 곱한 금액으로 하며, 그 외의 경우에는 해당 피해금액으로 한다.

③ 금융감독원은 제2항에 따른 피해환급금의 결정을 위하여 금융회사에 필요한 자료의 제출을 요구할 수 있다.

④ 그 밖에 피해환급금의 결정 및 지급 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제11조(피해환급금을 지급받을 수 없는 자)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 피해환급금을 지급받을 수 없다.

1. 해당 전기통신금융사기로 인한 피해금의 전액 배상이 이루어진 경우의 피해자 및 그 승계인
2. 해당 전기통신금융사기 등과 관련하여 부당이득을 취한 자
3. 해당 전기통신금융사기 등에 공범으로 가담하였거나 자신에게 불법원인이 있는 자
4. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자

제11조의2(거짓 피해구제 신청에 따른 손해배상책임)

거짓으로 제3조제1항 또는 제6조제1항에 따른 피해구제를 신청한 자는 제4조제1항에 따라 지급정지된 계좌의 명의인이 그 피해구제 신청으로 인하여 손해를 입은 경우 그 손해를 배상할 책임을 진다.

제12조(손해배상청구권과의 관계)

피해자가 이 법에 따라 금융회사로부터 피해환급금을 지급받은 경우 해당 전기통신금융사기로 발생한 손해배상청구권 및 그 밖의 청구권은 환급을 받은 한도에서 소멸된다.

제13조(소멸채권 환급 청구)

① 제9조에 따라 채권이 소멸된 명의인이 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우에는 금융감독원에 소멸된 채권의 환급을 청구할 수 있다.

1. 제7조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우
2. 제7조제1항에 따른 이의제기를 하지 못한 정당한 사유가 있는 경우

② 금융감독원은 제1항에 따른 환급금 지급을 위하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 보험 또는 공제에 가입하여야 한다.

제13조의2(사기이용계좌의 명의인에 대한 전자금융거래 제한)

① 금융감독원은 제4조제2항에 따라 지급정지 조치에 관한 사항을 통지받거나 제4조제1항에 따라 지급정지 조치를 받은 적이 있는 명의인이 다음 각 호에 해당하는 사실을 확인한 경우 해당 명의인을 전자금융거래가 제한되는 자(이하 이 조에서 "전자금융거래제한대상자"라 한다)로 지정하여야 한다.

1. 「전자금융거래법」 제49조제4항제1호부터 제3호까지의 어느 하나에 해당(전기통신금융사기와 관련된 경우에 한정한다)하면서 접근매체를 양도하거나 대여한 자 또는 접근매체에 대한 질권설정자로서 벌금형을 선고받은 날부터 3년이 경과하지 아니하거나 징역형(집행유예를 포함한다)을 선고받은 날부터 5년이 경과하지 아니한 것으로 확인된 경우
2. 「전자금융거래법」 제49조제4항제5호에 해당(전기통신금융사기와 관련된 경우에 한정한다)하면서 계좌와 관련된 정보를 제공한 자로서 벌금형을 선고받은 날부터 3년이 경과하지 아니하거나 징역형(집행유예를 포함한다)을 선고받은 날부터 5년이 경과하지 아니한 것으로 확인된 경우
3. 그 밖에 전기통신금융사기를 목적으로 한 범죄로 벌금형을 선고받은 날부터 3년이 경과하지 아니하거나 징역형(집행유예를 포함한다)을 선고받은 날부터 5년이 경과하지 아니한 것으로 확인된 경우

② 금융감독원은 제1항에 따라 명의인을 전자금융거래제한대상자로 지정한 경우 지체 없이 금융회사 및 명의인에게 이를 통지하여야 한다. 다만, 명의인의 소재를 알 수 없는 경우에는 제5조제2항에 따른 공고로 명의인에 대한 통지가 이루어진 것으로 본다.

③ 금융회사는 제2항에 따라 통지받은 전자금융거래제한대상자의 전자금융거래를 처리하여서는 아니 된다.

④ 금융감독원은 제1항에 따라 전자금융거래제한대상자로 지정된 자가 제8조제1항에 따라 전자금융거래의 제한이 해제된 때에는 전자금융거래제한대상자의 지정을 취소하고 이를 금융회사 및 명의인에게 통보하여야 한다.

제13조의3(전기통신금융사기에 이용된 전화번호의 이용중지 등)

① 검찰총장, 경찰청장 또는 금융감독원장은 전기통신금융사기에 이용된 전화번호를 확인한 때에는 과학기술정보통신부장관에게 해당 전화번호에 대한 전기통신역무 제공의 중지를 요청할 수 있다.

② 제1항에 따른 요청으로 전기통신역무 제공이 중지된 이용자는 전기통신역무 제공의 중지를 요청한 기관에 이의신청을 할 수 있다.

③ 제2항에 따른 이의신청의 절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제14조(수수료)

금융감독원장은 피해환급금을 지급받은 피해자에 대하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 수수료를 받을 수 있다.

제14조의2(포상금의 지급)

① 금융위원회는 전기통신금융사기의 사기이용계좌로 의심할 만한 사정을 수사기관 또는 금융감독원 등에 신고한 자에게 금융감독원장으로 하여금 금융감독원의 예산의 범위에서 포상금을 지급하게 할 수 있다.

② 제1항에 따른 포상금 지급대상자의 범위, 포상금 지급의 기준 및 절차 등에 필요한 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

제15조(계좌자료 제공 등에 대한 특례)

① 금융회사 및 금융감독원은 제3조제4항, 제4조제2항, 제5조제1항 · 제2항, 제6조제3항부터 제5항까지, 제7조제2항, 제8조제3항, 제9조제2항, 제10조제3항 및 제13조의2제2항 · 제3항, 제16조에 따라 필요한 자료를 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에도 불구하고 요청 · 제공하거나 공고할 수 있다.

② 금융감독원장은 제5조 제3항, 제9조 제2항, 제10조 제1항, 제13조의2 제2항에 따른 통지를 위하여 행정안전부장관에게 「주민등록법」에 따른 주민등록자료 제공을 요청할 수 있다. 이 경우 행정안전부장관은 특별한 사유가 없으면 이에 따라야 한다.

③ 금융회사 및 「전자금융거래법」 제2조제4호에 따른 전자금융업자로서 대통령령으로 정하는 자는 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조 · 제33조 및 「전자금융거래법」 제26조에도 불구하고 전기통신금융사기의 사기이용계좌와 피해의심거래계좌에 관한 정보를 대통령령으로 정하는 바에 따라 서로 공유하여야 한다.

제15조의2(벌칙)

① 전기통신금융사기를 행한 자는 1년 이상의 유기징역 또는 범죄수익의 3배 이상 5배 이하에 상당하는 벌금에 처하거나 이를 병과(倂科)할 수 있다.

② 제1항의 미수범은 처벌한다.

③ 상습적으로 제1항의 죄를 범한 자는 그 죄에 대하여 정하는 형의 2분의 1까지 가중한다.

제16조(벌칙)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 거짓으로 제3조 제1항에 따른 피해구제를 신청한 자
2. 거짓으로 제3조 제4항에 따른 지급정지를 요청한 자
3. 거짓으로 제6조 제1항에 따른 피해구제를 신청한 자
4. 거짓으로 제7조 제1항에 따른 이의제기를 한 자

제17조(양벌규정)

법인의 대표자나 법인 또는 개인의 대리인, 사용인, 그 밖의 종업원이 그 법인 또는 개인의 업무에 관하여 제15조의2 및 제16조의 위반행위를 하면 그 행위자를 벌하는 외에 그 법인 또는 개인에게도 해당 조문의 벌금형을 과(科)한다. 다만, 법인 또는 개인이 그 위반행위를 방지하기 위하여 해당 업무에 관하여 상당한 주의와 감독을 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

제18조(과태료)

① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 1천만원 이하의 과태료를 부과한다.

1. 제2조의2 제2항에 따른 개선계획을 제출 · 이행하지 아니한 금융회사
2. 제2조의4 제1항을 위반하여 본인확인조치를 하지 아니한 금융회사

2의2. 제2조의5제4항을 위반하여 임시조치에 관한 통지 · 해제 또는 본인확인조치의 내역을 서면, 녹취 등의 방법으로 보존하지 아니한 금융회사

2의3. 제2조의6제1항을 위반하여 고객의 금융거래의 목적을 확인하지 아니한 금융회사

3. 제4조 제1항 제1호 또는 제2호를 위반하여 지급정지 등의 조치를 취하지 아니한 금융회사
4. 제5조 제1항 또는 제6조 제3항을 위반하여 채권소멸절차의 개시에 관한 공고 요청을 하지 아니한 금융회사
5. 제8조 제1항을 위반하여 지급정지 및 채권소멸절차를 종료하지 아니한 금융회사
6. 제10조 제1항을 위반하여 피해환급금을 피해자에게 지급하지 아니한 금융회사
7. 제13조의2 제3항을 위반하여 전자금융거래를 처리한 금융회사

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 500만원 이하의 과태료를 부과한다.

1. 제3조제4항을 위반하여 지급정지 요청을 하지 아니한 금융회사
2. 제4조 제2항 각 호 외의 부분 본문을 위반하여 해당 지급정지 조치에 관한 사항을 통지하지 아니한 금융회사
3. 제7조 제2항을 위반하여 명의인의 이의제기를 피해자에게 통지하지 아니한 금융회사

③ 제1항 및 제2항에 따른 과태료는 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융위원회가 부과 · 징수한다.

【별표42】 신체손해배상책임의 부상급별 지급보험금표

부상등급	보험금액	부상 내용
1급	3천만원	1. 고관절의 골절 또는 골절성 탈구 2. 척추체 분쇄성 골절 3. 척추체 골절 또는 탈구로 인한 각종 신경증상으로 수술을 시행한 부상 4. 외상성 두개강 안의 출혈로 개두술을 시행한 부상 5. 두개골의 함몰골절로 신경학적 증상이 심한 부상 또는 경막하 수종, 수활액 낭종, 거미막하 출혈 등으로 개두술을 시행한 부상 6. 고도의 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌 전체에 퍼져 있는 손상을 포함한다)으로 생명이 위독한 부상(48시간 이상 혼수상태가 지속되는 경우만 해당한다) 7. 대퇴골 간부의 분쇄성 골절 8. 경골 아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 9. 화상 · 좌창 · 괴사창 등으로 연부조직의 손상이 심한 부상(몸 표면의 9퍼센트 이상의 부상을 말한다) 10. 사지와 몸통의 연부조직에 손상이 심하여 유경식피술을 시행한 부상 11. 상박골 경부 골절과 간부 분쇄골절이 중복된 경우 또는 상완골 삼각골절 12. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 부상
2급	1,500만원	1. 상박골 분쇄성 골절 2. 척추체의 압박골절이 있으나 각종 신경증상이 없는 부상 또는 경추 탈구(아탈구를 포함한다), 골절 등으로 경추보조기(할로베스트) 등 고정술을 시행한 부상 3. 두개골 골절로 신경학적 증상이 현저한 부상(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) 4. 내부장기 파열과 골반골 골절이 동반된 부상 또는 골반골 골절과 요도 파열이 동반된 부상 5. 슬관절 탈구 6. 족관절부 골절과 골절성 탈구가 동반된 부상 7. 척골 간부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 부상 8. 천장골 간 관절 탈구 9. 슬관절 전 · 후십자인대 및 내측부인대 파열과 내외측 반월상 연골이 전부 파열된 부상 10. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 부상
3급	1,200만원	1. 상박골 경부 골절 2. 상박골 과부 골절과 주관절 탈구가 동반된 부상 3. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 부상 4. 수근 주상골 골절 5. 요골 신경손상을 동반한 상박골 간부 골절 6. 대퇴골 간부 골절(소아의 경우에는 수술을 시행한 경우만 해당하며, 그 외의 사람의 경우에는 수술의 시행 여부를 불문한다) 7. 무릎골(슬개골을 말한다. 이하 같다) 분쇄 골절과 탈구로 인하여 무릎골 완전 적출술을 시행한 부상 8. 경골 과부 골절로 인하여 관절면이 손상되는 부상(경골극 골절로 관혈적 수술을 시행한 경우를 포함한다) 9. 족근 골척골 간 관절 탈구와 골절이 동반된 부상 또는 족근중족(Lisfranc)관절의 골절 및 탈구 10. 전 · 후십자인대 또는 내외측 반월상 연골 파열과 경골극 골절 등이 복합된 슬내장 11. 복부 내장 파열로 수술이 불가피한 부상 또는 복강 내 출혈로 수술한 부상 12. 뇌손상으로 뇌신경 마비를 동반한 부상 13. 중증도의 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌 전체에 퍼져 있는 손상을 포함한다)으로 신경학적 증상이 심한 부상(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) 14. 개방성 공막 열창으로 양쪽 안구가 파열되어 양안 적출술을 시행한 부상 15. 경추궁의 선상 골절 16. 항문 파열로 인공항문 조성술 또는 요도 파열로 요도성형술을 시행한 부상 17. 대퇴골 과부 분쇄 골절로 인하여 관절면이 손상되는 부상 18. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 부상
4급	1천만원	1. 대퇴골 과부(원위부, 과상부 및 대퇴과간을 포함한다) 골절 2. 경골 간부 골절, 관절면 침범이 없는 경골 과부 골절 3. 거골 경부 골절 4. 슬개 인대 파열 5. 견갑 관절부위의 회선근개 골절 6. 상박골 외측상과 전위 골절 7. 주관절부 골절과 탈구가 동반된 부상 8. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 부상 9. 안구 파열로 적출술이 불가피한 부상 또는 개방성 공막 열창으로 안구 적출술, 각막 이식술을 시행한 부상 10. 대퇴 사두근, 이두근 파열로 관혈적 수술을 시행한 부상 11. 슬관절부의 내외측부 인대, 전 · 후십자인대, 내외측 반월상 연골 완전 파열(부분 파열로 수술을 시행한 경우를 포함한다) 12. 관혈적 정복술을 시행한 소아의 경 · 비골 아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 13. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 부상

부상등급	보험금액	부상 내용
5급	900만원	1. 골반골의 중복 골절(말가이그니씨 골절 등을 포함한다) 2. 족관절부의 내외과 골절이 동반된 부상 3. 족종골 골절 4. 상박골 간부 골절 5. 요골 원위부(Colles, Smith, 수근 관절면, 요골 원위 골단 골절을 포함한다) 골절 6. 척골 근위부 골절 7. 다발성 늑골 골절로 혈흉, 기흉이 동반된 부상 또는 단순 늑골 골절과 혈흉, 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 부상 8. 족배부 근건 파열창 9. 수장부 근건 파열창(상완심부 열창으로 삼각근, 이두근 근건 파열을 포함한다) 10. 아킬레스건 파열 11. 소아의 상박골 간부 골절(분쇄 골절을 포함한다)로 수술한 부상 12. 결막, 공막, 망막 등의 자체 파열로 봉합술을 시행한 부상 13. 거골 골절(경부는 제외한다) 14. 관혈적 정복술을 시행하지 않은 소아의 경 · 비골 아래의 3분의 1 이상의 분쇄 골절 15. 관혈적 정복술을 시행한 소아의 경골 분쇄 골절 16. 23개 이상의 치아에 보철이 필요한 부상 17. 그 밖에 5급에 해당된다고 인정되는 부상
6급	700만원	1. 소아의 하지 장관골 골절(분쇄 골절 또는 성장판 손상을 포함한다) 2. 대퇴골 대전자부 절편 골절 3. 대퇴골 소전자부 절편 골절 4. 다발성 발바닥뼈(중족골을 말한다. 이하 같다) 골절 5. 치골 · 좌골 · 장골 · 천골의 단일 골절 또는 미골 골절로 수술한 부상 6. 치골 상 · 하지 골절 또는 양측 치골 골절 7. 단순 손목뼈 골절 8. 요골 간부 골절(원위부 골절은 제외한다) 9. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 10. 척골 주두부 골절 11. 다발성 손바닥뼈(중수골을 말한다. 이하 같다) 골절 12. 두개골 골절로 신경학적 증상이 경미한 부상 13. 외상성 경막하 수종, 수활액 낭종, 거미막하 출혈 등으로 수술하지 않은 부상(천공술을 시행한 경우를 포함한다) 14. 늑골 골절이 없이 혈흉 또는 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 부상 15. 상박골 대결절 견연 골절로 수술을 시행한 부상 16. 대퇴골 또는 대퇴골 과부 견연 골절 17. 19개 이상 22개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상 18. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 부상
7급	500만원	1. 소아의 상지 장관골 골절 2. 족관절 내과골 또는 외과골 골절 3. 상박골 상과부굴곡 골절 4. 고관절 탈구 5. 견갑 관절 탈구 6. 견봉쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉쇄골간 인대 파열 7. 족관절 탈구 8. 천장관절 이개 또는 치골 결합부 이개 9. 다발성 안면두개골 골절 또는 신경손상과 동반된 안면 두개골 골절 10. 16개 이상 18개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상 11. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 부상
8급	300만원	1. 상박골 절과부 신전 골절 또는 상박골 대결절 견연 골절로 수술하지 않은 부상 2. 쇄골 골절 3. 주관절 탈구 4. 견갑골(견갑골극 또는 체부, 흉곽 내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기 및 오훼돌기를 포함한다) 골절 5. 견봉쇄골 인대 또는 오구쇄골 인대 완전 파열 6. 주관절 내 상박골 소두 골절 7. 비골(다리) 골절, 비골 근위부 골절(신경손상 또는 관절면 손상을 포함한다) 8. 발가락뼈(족지골을 말한다. 이하 같다)의 골절과 탈구가 동반된 부상 9. 다발성 늑골 골절 10. 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌 전체에 퍼져 있는 손상을 포함한다)으로 신경학적 증상이 경미한 부상 11. 안면부 열창, 두개부 타박 등에 의한 뇌손상이 없는 뇌신경손상 12. 상악골, 하악골, 치조골, 안면 두개골 골절 13. 안구 적출술 없이 시신경의 손상으로 실명된 부상 14. 족부 인대 파열(부분 파열은 제외한다) 15. 13개 이상 15개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상 16. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 부상

부상등급	보험금액	부상 내용
9급	240만원	1. 척추골의 극상돌기, 횡돌기 골절 또는 하관절 돌기 골절(다발성 골절을 포함한다) 2. 요골 골두골 골절 3. 완관절 내 월상골 전방 탈구 등 손목뼈 탈구 4. 손가락뼈(수지골을 말한다. 이하 같다)의 골절과 탈구가 동반된 부상 5. 손바닥뼈 골절 6. 수근 골절(주상골은 제외한다) 7. 발목뼈(족근골을 말한다) 골절(거골 · 종골은 제외한다) 8. 발바닥뼈 골절 9. 족관절부 염좌, 경 · 비골 이개, 족부 인대 또는 아킬레스건의 부분 파열 10. 늑골, 흉골, 늑연골 골절 또는 단순 늑골 골절과 혈흉, 기흉이 동반되어 수술을 시행하지 않은 경우 11. 척추체간 관절부 염좌로서 그 부근의 연부조직(인대, 근육 등을 포함한다) 손상이 동반된 부상 12. 척수 손상으로 마비증상이 없고 수술을 시행하지 않은 경우 13. 완관절 탈구(요골, 손목뼈 관절 탈구, 수근간 관절 탈구 및 하 요척골 관절 탈구를 포함한다) 14. 미골 골절로 수술하지 않은 부상 15. 슬관절부 인대의 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 경우 16. 11개 이상 12개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상 17. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 부상
10급	200만원	1. 외상성 슬관절 내 혈종(활액막염을 포함한다) 2. 손바닥뼈 지골 간 관절 탈구 3. 손목뼈, 손바닥뼈 간 관절 탈구 4. 상지부 각 관절부(견관절, 주관절 및 완관절을 말한다) 염좌 5. 척골 · 요골 경상돌기 골절, 제불완전골절[비골(코) 골절, 손가락뼈 골절 및 발가락뼈 골절은 제외한다] 6. 손가락 신전근건 파열 7. 9개 이상 10개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상 8. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 부상
11급	160만원	1. 발가락뼈 관절 탈구 및 염좌 2. 손가락 골절 · 탈구 및 염좌 3. 비골(코) 골절 4. 손가락뼈 골절 5. 발가락뼈 골절 6. 뇌진탕 7. 고막 파열 8. 6개 이상 8개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상 9. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 부상
12급	120만원	1. 8일 이상 14일 이하의 입원이 필요한 부상 2. 15일 이상 26일 이하의 통원 치료가 필요한 부상 3. 4개 이상 5개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상
13급	80만원	1. 4일 이상 7일 이하의 입원이 필요한 부상 2. 8일 이상 14일 이하의 통원 치료가 필요한 부상 3. 2개 이상 3개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상
14급	50만원	1. 3일 이하의 입원이 필요한 부상 2. 7일 이하의 통원 치료가 필요한 부상 3. 1개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상

〈비 고〉

1. 2급부터 11급까지의 부상 내용 중 개방성 골절은 해당 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다.
2. 2급부터 11급까지의 부상 내용 중 단순성 선상 골절로 인한 골편의 전위가 없는 골절은 해당 등급보다 한 등급 낮은 금액으로 배상한다.
3. 2급부터 11급까지의 부상 중 2가지 이상의 부상이 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 부상으로부터 하위 3등급 사이(예: 부상 내용이 주로 2급에 해당하는 경우에는 5급 까지) 사이의 부상이 중복된 경우에만 가장 높은 부상 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다.
4. 일반 외상과 치아 보철이 필요한 부상이 중복된 경우 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 부상 등급별로 해당하는 금액의 합산액을 배상한다.

【별표43】 신체손해배상책임의 후유장해등급별 지급보험금표

등급	보험금액	신 체 장 애
1급	1억5천만원	1. 두 눈이 실명된 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 항상 보호를 받아야 하는 사람 4. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 항상 보호를 받아야 하는 사람 5. 반신불수가 된 사람 6. 두 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람 7. 두 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 8. 두 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람 9. 두 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람
2급	1억 3,500만원	1. 한쪽 눈이 실명되고 다른 쪽 눈의 시력이 0.02 이하로 된 사람 2. 두 눈의 시력이 모두 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 보호를 받아야 하는 사람 6. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 수시로 보호를 받아야 하는 사람
3급	1억2천만원	1. 한쪽 눈이 실명되고 다른 쪽 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 2. 말하는 기능이나 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 일생 동안 노무에 종사할 수 없는 사람 4. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 일생 동안 노무에 종사할 수 없는 사람 5. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
4급	1억500만원	1. 두 눈의 시력이 모두 0.06 이하로 된 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 3. 고막이 전부 결손되거나 그 외의 원인으로 인하여 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 못쓰게 된 사람 7. 두 발을 족근중족(Lisfranc) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람
5급	9천만원	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. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무 외에는 종사할 수 없는 사람 8. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무 외에는 종사할 수 없는 사람
6급	7,500만원	1. 두 눈의 시력이 모두 0.1 이하로 된 사람 2. 말하는 기능이나 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 3. 고막이 대부분 결손되거나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력이 귀에 입을 대고 말하지 않으면 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 뚜렷한 기형이나 뚜렷한 운동장애가 남은 사람 6. 한쪽 팔의 3대 관절 중 2개 관절을 못쓰게 된 사람

등급	보험금액	신 체 장 애
		7. 한쪽 다리의 3대 관절 중 2개 관절을 못쓰게 된 사람 8. 한쪽 손의 5개 손가락을 잃거나 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 잃은 사람
7급	6천만원	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 손쉬운 노무 외에는 종사하지 못하는 사람 5. 흉복부 장기의 기능에 장애가 남아 손쉬운 노무 외에는 종사하지 못하는 사람 6. 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 또는 한쪽 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3개 이상의 손가락을 잃은 사람 7. 한쪽 손의 5개의 손가락 또는 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한쪽 발을 족근중족 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 9. 한쪽 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 운동장애가 남은 사람 10. 한쪽 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 운동장애가 남은 사람 11. 두 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 12. 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 사람 13. 양쪽의 고환을 잃은 사람
8급	4,500만원	1. 한쪽 눈의 시력이 0.02 이하로 된 사람 2. 척추에 운동장애가 남은 사람 3. 한쪽 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 4. 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한쪽 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3개 이상의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 5. 한쪽 다리가 5센티미터 이상 짧아진 사람 6. 한쪽 팔의 3대 관절 중 1개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 7. 한쪽 다리의 3대 관절 중 1개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한쪽 팔에 가관절이 남은 사람 9. 한쪽 다리에 가관절이 남은 사람 10. 한쪽 발의 발가락을 모두 잃은 사람 11. 비장 또는 한쪽의 신장을 잃은 사람
9급	3,800만원	1. 두 눈의 시력이 모두 0.6 이하로 된 사람 2. 한쪽 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 3. 두 눈에 반맹증 · 시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 4. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 5. 코가 결손되어 그 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 6. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 장애가 남은 사람 7. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 8. 한쪽 귀의 청력이 귀에 입을 대고 말하지 않으면 큰 말소리를 알아듣지 못하고 다른 쪽 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 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락 외의 3개의 손가락을 잃은 사람 11. 한쪽 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 한쪽 발의 엄지발가락을 포함하여 2개 이상의 발가락을 잃은 사람 13. 한쪽 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람

등급	보험금액	신 체 장 애
		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
10급	2,700만원	1. 한쪽 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람 2. 말하는 기능이나 음식물을 씹는 기능에 장애가 남은 사람 3. 14개 이상의 치아에 보철을 한 사람 4. 한쪽 귀의 청력이 귀에 입을 대고 말하지 않으면 큰 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 5. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서 보통의 말소리를 듣는 데 지장이 있는 사람 6. 한쪽 손의 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락 외의 2개의 손가락을 잃은 사람 7. 한쪽 손의 엄지손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한쪽 손의 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한 쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락 외의 3개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한쪽 다리가 3센티미터 이상 짧아진 사람 9. 한쪽 발의 엄지발가락 또는 그 외의 4개의 발가락을 잃은 사람 10. 한쪽 팔의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 11. 한쪽 다리의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람
11급	2,300만원	1. 두 눈이 모두 근접반사 기능에 뚜렷한 장애가 남거나 뚜렷한 운동장애가 남은 사람 2. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 장애가 남은 사람 3. 한쪽 눈의 눈꺼풀에 결손이 남은 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. 척추에 기형이 남은 사람 7. 한쪽 손의 가운뎃손가락 또는 넷째손가락을 잃은 사람 8. 한쪽 손의 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락 외의 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 9. 한쪽 발의 엄지발가락을 포함하여 2개 이상의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 10. 흉복부 장기의 기능에 장애가 남은 사람 11. 10개 이상의 치아에 보철을 한 사람
12급	1,900만원	1. 한쪽 눈의 근접반사 기능에 뚜렷한 장애가 있거나 뚜렷한 운동장애가 남은 사람 2. 한쪽 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애가 남은 사람 3. 7개 이상의 치아에 보철을 한 사람 4. 한쪽 귀의 귓바퀴가 대부분 결손된 사람 5. 쇄골, 흉골, 늑골, 견갑골 또는 골반골에 뚜렷한 기형이 남은 사람 6. 한쪽 팔의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 장애가 남은 사람 7. 한쪽 다리의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 장애가 남은 사람 8. 장관골에 기형이 남은 사람 9. 한쪽 손의 가운뎃손가락이나 넷째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 10. 한쪽 발의 둘째발가락을 잃은 사람 또는 한쪽 발의 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 잃은 사람 또는 한쪽 발의 가운뎃발가락 이하의 3개의 발가락을 잃은 사람 11. 한쪽 발의 엄지발가락 또는 그 외의 4개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 신체 일부에 뚜렷한 신경증상이 남은 사람 13. 외모에 흉터가 남은 사람
13급	1,500만원	1. 한쪽 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 2. 한쪽 눈에 반맹증, 시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 3. 두 눈의 눈꺼풀 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람

등급	보험금액	신 체 장 애
		4. 5개 이상의 치아에 보철을 한 사람 5. 한쪽 손의 새끼손가락을 잃은 사람 6. 한쪽 손의 엄지손가락 마디뼈의 일부를 잃은 사람 7. 한쪽 손의 둘째손가락 마디뼈의 일부를 잃은 사람 8. 한쪽 손의 둘째손가락의 끝관절을 굽히고 펼 수 없게 된 사람 9. 한쪽 다리가 1센티미터 이상 짧아진 사람 10. 한쪽 발의 가운뎃발가락 이하의 발가락 1개 또는 2개를 잃은 사람 11. 한쪽 발의 둘째발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한쪽 발이 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한쪽 발의 가운뎃발가락 이하의 발가락 3개를 제대로 못쓰게 된 사람
14급	1천만원	1. 한쪽 눈의 눈꺼풀 일부에 결손이 있거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 2. 3개 이상의 치아에 보철을 한 사람 3. 한쪽 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 4. 팔의 보이는 부분에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 5. 다리의 보이는 부분에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 6. 한쪽 손의 새끼손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 7. 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락 외의 손가락 마디뼈의 일부를 잃은 사람 8. 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째손가락 외의 손가락 끝관절을 제대로 못쓰게 된 사람 9. 한쪽 발의 가운뎃발가락 이하의 발가락 1개 또는 2개를 제대로 못쓰게 된 사람 10. 신체 일부에 신경증상이 남은 사람

〈비 고〉

1. 후유장애가 둘 이상 있는 경우에는 그 중 심한 후유장애에 해당하는 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다.
2. 시력의 측정은 국제식 시력표로 하고, 굴절 이상이 있는 사람에 대해서 원칙적으로 교정시력을 측정한다.
3. “손가락을 잃은 것”이란 엄지손가락은 지관절, 그 밖의 손가락은 제1지관절 이상을 잃은 경우를 말한다.
4. “손가락을 제대로 못쓰게 된 것”이란 손가락 끝부분의 2분의 1 이상을 잃거나 중수지관절 또는 제1지관절(엄지손가락의 경우에는 지관절을 말한다)에 뚜렷한 운동장애가 남은 경우를 말한다.
5. “발가락을 잃은 것”이란 발가락 전부를 잃은 경우를 말한다.
6. “발가락을 제대로 못쓰게 된 것”이란 엄지발가락은 끝관절의 2분의 1 이상을, 그 밖의 발가락은 끝관절 이상을 잃거나 중족지관절 또는 제1지관절(엄지발가락의 경우에는 지관절을 말한다)에 뚜렷한 운동장애가 남은 경우를 말한다.
7. “흉터가 남은 것”이란 성형수술을 한 후에도 맨눈으로 식별이 가능한 흔적이 있는 상태를 말한다.
8. “항상 보호를 받아야 하는 것”이란 일상생활에서 기본적인 음식 섭취, 배뇨 등을 다른사람에게 의존하여야 하는 것을 말한다.
9. “수시로 보호를 받아야 하는 것”이란 일상생활에서 기본적인 음식 섭취, 배뇨 등은 가능하나, 그 외의 일은 다른 사람에게 의존하여야 하는 것을 말한다.
10. “항상 보호 또는 수시 보호를 받아야 하는 기간”은 의사가 판정하는 노동능력 상실기간을 기준으로 하여 타당한 기간으로 정한다.
11. “제대로 못쓰게 된 것”이란 정상기능의 4분의 3 이상을 상실한 경우를 말하고, “뚜렷한 장애가 남은 것”이란 정상기능의 2분의 1 이상을 상실한 경우를 말하며, “장애가 남은 것”이란 정상기능의 4분의 1 이상을 상실한 경우를 말한다.
12. “신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무 외에는 종사할 수 없는 것”이란 신경계통의 기능 또는 정신기능의 뚜렷한 장애로 노동능력이 일반인의 4분의 1 정도만 남아 평생 동안 특별히 쉬운 일 외에는 노동을 할 수 없는 사람을 말한다.
13. “신경계통의 기능 또는 정신기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 것”이란 노동능력이 어느 정도 남아 있으나 신경계통의 기능 또는 정신기능의 장애로 종사할 수 있는 직종의 범위가 상당한 정도로 제한된 경우로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
    가. 신체적 능력은 정상이지만 뇌손상에 따른 정신적 결손증상이 인정되는 사람
    나. 전간(癲癎) 발작과 현기증이 나타날 가능성이 의학적 · 타각적(他覺的) 소견으로 증명되는 사람
    다. 사지에 경도(輕度)의 단마비(單痲痺)가 인정되는 사람
14. “흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무 외에는 종사할 수 없는 것”이란 흉복부 장기의 장애로 노동능력이 일반인의 4분의 1 정도만 남은 경우를 말한다.
15. “흉복부 장기의 기능에 장애가 남아 손쉬운 노무 외에는 종사할 수 없는 것”이란 중등도(中等道)의 흉복부 장기의 장애로 노동능력이 일반인의 2분의 1 정도만 남은 경우를 말한다.
16. “흉복부 장기의 기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 것”이란 중등도의 흉복부 장기의 장애로 취업가능한 직종의 범위가 상당한 정도로 제한된 경우를 말한다.

【별표44】 차대차 자동차사고부상등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제3조 제1항 제2호와 관련되며, 법령 변경시 변경된 법령 시행일 이후에 발생한 보험사고에 한하여 변경된 내용을 적용합니다.

1. 상해의 구분

상해급별	상해내용
1급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다)
	2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해
	3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해
	4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해
	5. 척주 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해
	6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절
	7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절
	8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해
	9. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해(주관절부 이단을 포함한다)
	10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해
	11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해
	12. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다)
	14. 화상 · 좌창 · 괴사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해
	15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해
	3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해
	4. 신장 파열로 수술한 상해
	5. 척주 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해
	6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 할로베스트나 수술적 고정술을 시행한 상해
	7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해
	8. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다)
	10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해
	11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절
	12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
	13. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해
	15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
	3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해
	4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다)
	6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해
	7. 내부 장기 손상으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해(장간막 파열을 포함한다)
	8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해
3급	9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해

상해급별	상해내용
	10. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해(주관절부 이단을 포함한다)
	11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
	12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다)
	14. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열
	16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
	17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해
	18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
	2. 각막 이식술을 시행한 상해
	3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다)
	5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다)
	6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	7. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행한 상해(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다)
	8. 상완골 경부 골절
	9. 상완골 간부 분쇄성 골절
	10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절로 수술을 시행한 상해(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다)
	11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다)
	12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다)
	13. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	14. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)
	15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해
	16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해
	18. 골반환이 안정적인 골반골 골절로 수술을 시행한 상해(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)
	19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해
	20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	22. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	23. 거골 또는 종골 골절
	24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해
	26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해
	27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해
	3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해
	4. 안정성 추체 골절
	5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해
	6. 상완골 간부 골절
5급	7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해
	8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해
	9. 요골 경상돌기 골절

상해급별	상해내용
	10. 요골 원위부 관절내 골절
	11. 수근 주상골 골절
	12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다)
	15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
	17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절
	18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열
	20. 슬개골 골절
	21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다)
	22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다)
	24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다)
	25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해
	26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
	28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해
	29. 사지 근 또는 건 파열로 6개 이상의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해
	30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해
	31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해
	32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해
	33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다)
	2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
	3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	4. 심장 타박
	5. 폐좌상(일측 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다)
	6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해
	7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해
	8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해
	9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해
	10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	12. 상완골 대결절 견열 골절
	13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다)
	14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해
	17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절
	18. 요골 경부 골절
	19. 척골 주두부 골절
6급	20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다)
	21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구
	22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해

상해급별	상해내용
	24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해
	25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해
	26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개
	28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해
	29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	30. 사지 근 또는 건 파열로 3 ~ 5개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해
	31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절
	2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해
	3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해
	4. 골다공증성 척추 압박골절
	5. 쇄골 골절
	6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다)
	7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열
	8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
	10. 척골 경상돌기 기저부 골절
	11. 삼각섬유연골 복합체 손상
	12. 요수근관절 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)
	13. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)
	14. 주상골 외 수근골 골절
	15. 수근부 주상골 · 월상골간 인대 파열
	16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구
	17. 다발성 중수골 골절
	18. 중수수지관절의 골절 및 탈구
	19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	20. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해
	21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절
	23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절
	25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
	2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절
	3. 외상성 시신경병증
	4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해
	5. 복합 고막 파열
	6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해
	7. 3개 이상의 다발성 늑골 골절
8급	8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절
	9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절. 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해
	11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해

상해급별	상해내용
	12. 중수골 골절
	13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구
	14. 다발성 수지골 골절
	15. 무지 중수지관절 측부인대 파열
	16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해
	17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
	18. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
	19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
	20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해
	21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
	22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해
	23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해
	24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해
	25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해
	2. 2개 이하의 단순 늑골골절
	3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해
	4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해
	5. 흉골 골절
	6. 추간판 탈출증
	7. 흉쇄관절 탈구
	8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
	9. 요수근관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)
	10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해
	11. 수지관절 탈구
	12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
	13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
	14. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절
	16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
	17. 수족지 신전건 1개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해
	18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해
	19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3cm 이상 안면부 열상
	2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해
	3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해
	4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
	5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해
	6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
10급	7. 하지 3대 관절의 혈관절증
	8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해
	9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	1. 뇌진탕[주]
	2. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행하지 않는 상해
	3. 수지골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해

상해급별	상해내용
	4. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해

주) 상기 분류표에 따라 상해급별 11급 '뇌진탕' 지급사유의 경우, 다음의 경우를 말합니다.

1) 뇌진탕은 명백히 해당 자동차사고와 인과관계가 있어야 하며, 30분 이내의 의식소실, 24시간 이내의 외상 후 기억상실, 방향감각 상실 징후가 동반된 외상으로 사고 직후 최초 진료 의료기관의 초진 의무기록지에 의식소실 등의 사항이 명확히 기재된 경우

2) 또는, 신경전문의의 검사 및 소견에 따라 임상 증상이 뇌진탕으로 판단되었을 경우

2. 영역별 세부지침

영역		내용
공통		가. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해부터 하위 3등급(예: 상해내용이 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높이 적용(이하 "병급"이라 한다)한다.
		나. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 각각의 상해 등급을 적용하되, 그 합산액이 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 상해등급별 해당 금액을 더한 금액을 적용한다
		다. 1개의 상해에서 2개 이상의 상향 또는 하향 조정의 요인이 있을 때 등급 상향 또는 하향 조정은 1회만 큰 폭의 조정을 적용한다. 다만, 상향 조정 요인과 하향 조정 요인이 여러 개가 함께 있을 때에는 큰 폭의 상향 또는 큰 폭의 하향 조정 요인을 각각 선택하여 함께 반영한다.
		라. 재해 발생 시 만 13세 미만인 사람은 소아로 인정한다.
		마. 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술, 유경 피판술, 원거리 피판술, 국소 피판술이나 피부 이식술을 시행할 경우 안면부는 1등급 상위등급을 적용하고, 수부, 족부에 국한된 손상에 대해서는 한 등급 아래의 등급을 적용한다.
두부		가. "뇌손상"이란 국소성 뇌손상인 외상성 두개강안의 출혈(경막상 · 하 출혈, 뇌실 내 및 뇌실질 내 출혈, 거미막하 출혈 등을 말한다) 또는 경막하 수활액낭종, 거미막 낭종, 두개골 골절(두개 기저부 골절을 포함한다) 등과 미만성 축삭손상을 포함한 뇌좌상을 말한다.
		나. 4급 이하에서 의식 외에 뇌신경 손상이나 국소성 신경학적 이상 소견이 있는 경우 한 등급을 상향조정할 수 있다.
		다. 신경학적 증상은 글라스고우 혼수척도(Glasgow coma scale)로 구분하며, 고도는 8점 이하, 중등도는 9 ~ 12점, 경도는 13 ~ 15점을 말한다.
		라. 글라스고우 혼수척도는 진정치료 전에 평가하는 것을 원칙으로 한다.
		마. 글라스고우 혼수척도 평가 시 의식이 있는 상태에서 기관지 삽관이 필요한 경우는 제외한다.
		바. 의무기록 상 의식상태가 혼수(coma)와 반혼수(semicoma)는 고도, 혼미(stupor)는 중등도, 기면(drowsy)은 경도로 본다.
		사. 두피 좌상, 열창은 14급으로 본다.
		아. 만성 경막하 혈종으로 수술을 시행한 경우에는 6급 2호를 적용한다.
		자. 외상 후 급성 스트레스 장애는 다른 진단이 전혀 없이 단독 상병으로 외상 후 1개월 이내 발병된 경우에 적용한다.
흉 · 복부		심장타박(6급)의 경우, ①심전도에서 Tachyarrythmia 또는 ST변화 또는 부정맥, ②심초음파에서 심낭액증가소견이 있거나 심장벽운동저하, ③심장효소치증가(CPK-MB, and Troponin T)의 세가지 요구 충족 시 인정한다.
척추		가. 완전 마비는 근력등급 3 이하인 경우이며, 불완전 마비는 근력등급 4인 경우로 정한다.
		나. 척추관 협착증이나 추간판 탈출증이 외상으로 증상이 발생한 경우나 악화된 경우는 9급으로 본다.
		다. 척주 손상으로 인하여 신경근증 이나 감각이상을 호소하는 경우는 9급으로 본다.
		라. 마미증후군은 척수손상으로 본다.
상 · 하지	공통	가. 2급부터 11급까지의 내용 중 사지 골절에서 별도로 상해 등급이 규정되지 않은 경우, 보존적 치료를 시행한 골절은 해당 등급에서 2급 낮은 등급을 적용하며, 도수 정복 및 경피적 핀고정술을 시행한 경우에는 해당 등급에서 1급 낮은 등급을 적용한다.
		나. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절 또는 탈구에서 거스틸로 2형 이상(개방창의 길이가 1cm 이상인 경우를 말한다)의 개방성 골절 또는 탈구에서만 1등급 상위 등급을 적용한다.
		다. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 "수술적 치료를 시행하지 않은"이라고 명기되지 않은 각 등급 손상 내용은 수술적 치료를 시행한 경우를 말하며, 보존적 치료를 시행한 경우가 따로 명시되지 않은 경우는 두 등급 하향 조정함을 원칙으로 한다.
		라. 양측 또는 단측을 별도로 규정한 경우에는 병합하지 않으나, 별도 규정이 없는 양측 손상인 경우에는 병합한다.
		마. 골절에 주요 말초신경의 손상 동반 시 해당 골절보다 1등급 상위 등급을 적용한다.
상 ·	공통	바. 재접합술을 시행한 절단소실의 경우 해당부위의 절단보다 2급 높은 등급을 적용한다.

영역		내용
하지	상지	사. 아절단은 완전 절단에 준한다.
		아. 관절 이단의 경우는 상위부 절단으로 본다.
		자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다.
		차. 사지 근 또는 건의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근 또는 건의 단순 염좌(12급)로 본다.
		카. 사지 관절의 인공관절 재치환 시 해당 부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다.
		타. 보존적으로 치료한 사지 주요관절 골절 및 탈구는 해당관절의 골절 및 탈구보다 3등급 낮은 등급을 적용한다.
		파. 수술을 시행한 사지 주요 관절 탈구는 해당 관절의 보존적으로 치료한 탈구보다 2등급 높은 등급을 적용한다.
		하. 동일 관절 혹은 동일 골의 손상은 병합하지 않으며 상위 등급을 적용한다
		거. 분쇄 골절을 형성하는 골절선은 선상 골절이 아닌 골절선으로 판단한다.
		너. 수족지 절단 시 절단부위에 따른 차이는 두지 않는다.
	상지	가. 상부관절순 파열은 외상성 파열만 인정한다.
		나. 회전근개 파열 개수에 따른 차등을 두지 않는다.
		다. "근, 건, 인대 파열"이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다.
		라. 사지골 골절 중 상해등급에서 별도로 명시하지 않은 사지골 골절(견열골절을 포함한다)은 제불완전골절로 본다. 다만, 관혈적 정복술을 시행한 경우는 해당 부위 골절 항에 적용한다.
		마. 사지골 골절 시 시행한 외고정술도 수술을 한 것으로 본다.
		바. 소아의 경우, 성인의 동일 부위 골절보다 1급 낮게 적용한다. 다만, 성장판 손상이 동반된 경우와 연부조직 손상은 성인과 동일한 등급을 적용한다.
		사. 6급의 견관절 탈구에서 재발성 탈구를 초래할 수 있는 해부학적 병변이 병발된 경우는 수술 여부에 상관없이 6급을 적용한다.
		아. 견봉 쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉 쇄골간 인대 파열은 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열에 포함되고, 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열로 수술한 경우 7급을 적용하며, 부분 파열로 보존적 치료를 시행한 경우 9급을 적용하고, 단순 염좌의 경우 12급을 적용한다.
		자. 주요 동맥 또는 정맥 파열로 봉합술을 시행한 상해의 경우, 주요 동맥 또는 정맥이란 수술을 통한 혈행의 확보가 의학적으로 필요한 경우를 말하며, "다발성 혈관 손상"이란 2부위 이상의 주요 동맥 또는 정맥의 손상을 말한다.
	하지	가. 양측 치골지 골절, 치골 상하지 골절 등에서는 병급하지 않는다.
		나. 천골 골절, 미골 골절은 골반골 골절로 본다.
		다. 슬관절 십자인대 파열은 전후방 십자인대의 동시 파열이 별도로 규정되어 있으므로 병급하지 않으나 내외측 측부인대 동시 파열, 십자인대와 측부인대 파열, 반월상 연골판 파열 등은 병급한다.
		라. 후경골건 및 전경골건 파열은 족관절 측부인대 파열로 수술을 시행한 경우의 등급으로 본다.
		마. 대퇴골 또는 경비골의 견열성 골절의 경우, 동일 관절의 인대 손상에 대하여 수술적 치료를 시행한 경우는 인대 손상 등급으로 본다.
		바. 경골 후과의 단독 골절 시 족관절 내과 또는 외과의 골절로 본다.
		사. 고관절이란 대퇴골두와 골반골의 비구를 포함하며, "골절 탈구"란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다.
		아. 불안정성 골반 골절은 골반환을 이루는 골간의 골절 탈구를 포함한다.
		자. "하지의 3대 관절"이란 고관절, 슬관절, 족관절을 말한다.
상·하지	하지	차. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열은 인대 복원수술을 시행하거나 완전 파열에 준하는 파열에 적용한다.
		카. 골반환이 안정적인 골반골의 수술을 시행한 골절은 치골 골절로 수술한 경우 등을 포함한다.

【별표45】 급여 창상봉합술 대상 수가코드

약관에 규정하는 창상봉합술로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제 2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
가. 안면또는경부		
(1) 단순봉합	(가) 표재성인 것 1) 길이 1.5cm미만 2) 길이 1.5cm이상~3.0cm미만 3) 길이 3.0cm이상~ 5.0cm미만 4) 길이 5.0cm이상~ 7.5cm미만 5) 길이 7.5cm이상 ~ 10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합길이기 5cm증가될 때 마다 52.00점을 추가 가산한다.	 S0021 S0022 S0027 S0028 S0029 S0030
	(나) 근육에 달하는 것 1) 길이 1.5cm미만 2) 길이 1.5cm이상~3.0cm미만 3) 길이 3.0cm이상~5.0cm미만 4) 길이 5.0cm이상~7.5cm미만 5) 길이 7.5cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합길이기 5cm증가될 때 마다 52.00점을 추가 가산한다.	 S0031 S0032 S0037 S0038 S0039 S0040
(2) 변연절제를포함	(가) 표재성인 것 1) 길이 1.5cm미만 2) 길이 1.5cm이상 ~ 3.0cm미만 3) 길이 3.0cm이상~ 5.0cm미만 4) 길이 5.0cm이상~ 7.5cm미만 5) 길이 7.5cm이상 ~ 10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합길이기 5cm증가될 때 마다 63.81점을 추가 가산한다.	 SA021 SA022 SA027 SA028 SA029 SA030
	(나) 근육에 달하는 것 1) 길이 1.5cm미만 2) 길이 1.5cm이상~3.0cm미만 3) 길이 3.0cm이상~5.0cm미만 4) 길이 5.0cm이상~7.5cm미만 5) 길이 7.5cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합길이기 5cm증가될 때 마다 63.81점을 추가 가산한다.	 SA031 SA032 SA037 SA038 SA039 SA040
나. 안면과경부이외		
(1) 단순봉합	(가) 표재성인 것 1) 길이 2.5cm미만 2) 길이 2.5cm이상~ 5.0cm미만 3) 길이 5.0cm이상~ 10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상봉합길이기 5cm증가될 때 마다 78.50점을 추가 가산한다.	 SB021 SB022 SB029 SB030
	(나) 근육에 달하는 것 1) 길이 2.5cm미만 2) 길이 2.5cm이상~5.0cm미만 3) 길이 5.0cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상봉합길이기 5cm증가될 때 마다 78.50점을 추가 가산한다.	 SB031 SB032 SB039 SB040

(2) 변연절제를포함	(가) 표재성인 것 1) 길이 2.5cm미만 2) 길이 2.5cm이상~ 5.0cm미만 3) 길이 5.0cm이상~ 10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 103.14점을 가산하며, 창상봉합길이기 5cm증가될 때 마다 103.14점을 추가 가산한다.	SC021 SC022 SC029 SC030
	(나) 근육에 달하는 것 1) 길이 2.5cm미만 2) 길이 2.5cm이상~5.0cm미만 3) 길이 5.0cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 103.14점을 가산하며, 창상봉합길이기 5cm증가될 때 마다 103.14점을 추가 가산한다.	SC031 SC032 SC039 SC040
	(다) 창상청소 및 변연절제만 실시한 경우 주:근육에 달하는 창상의 경우에는 372.25점을 산정한다.	SC027 SC028

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표46】 골밀도검사(급여) 대상 수가코드

약관에 규정하는 골밀도검사(급여)로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
골밀도검사 [재료대 포함] Bone Densitometry	
가. 양방사선(광자) 골밀도검사 Dual-Energy(Photon) Absorptiometry	
(1) 1부위	HC341
(2) 2부위 이상	HC342
나. 정량적 전산화단층골밀도검사	
(1) QCT	HC343
(2) PQCT	HC346
다. 방사선흡수측정기 방식	HC345
라. 기타 방법에 의한 것 [단광자 골밀도측정(SPA), 양방사선말단 골밀도측정(PDEXA), 단에너지 골밀도측정(SXA),초음파 골밀도측정(QUS)] Other Methods	HC344

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표47】 상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드

약관에 규정하는 상해 특정시술치료(급여)로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	내 용	수가코드
상해 특정시술 치료(급여) (흡인, 천자, 절개, 배액, 배농)	요추천자[뇌척수압측정포함]	C8000
	경막하천자	C8005
	후두하대조천자,경지주막하천자	C8010
	관절천자[간단한검사또는관절액이동술포함][편측]	C8020
	골수천자	C8031
	흉막천자	C8040
	복수천자,복막천자	C8050
	심낭천자	C8060
	뇌실천자	C8070
	상악동천자[간단한액검사포함][편측]	C8080
	고실천자[편측]	C8090
	고실천자[편측]-내시경하에서실시한 경우	C8091
	더글라스와천자[간단한액검사포함]	C8100
	방광천자	C8120
	음낭수종천자	C8130
	기타부위천자[림프절,피부등]	C8140
	골수천자생검[편측]	C8520
	개봉선원치료-기타방법[복막천자,흉강천자,관절천자등]	HD073
	부정맥의냉각절제술-심방세동-냉각풍선절제술-중격천자	M0652
	부정맥의냉각절제술-상심실성부정맥-중격천자	M0653
	부정맥의냉각절제술-심방세동-중격천자	M0655
	부정맥의 냉각절제술-방실결절 절제술,히스속절제술-중격천자	M0656
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-낭종]	M1771
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-혈관기형]	M1772
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-낭종]	M1773
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-혈관기형]	M1774
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부-낭종]	M1775
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부-혈관기형]	M1776
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부이외-낭종]	M1777
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부이외-혈관기형]	M1778

구분	내 용	수가코드
상해 특정시술 치료(급여) (흡인, 천자, 절개, 배액, 배농)	경피적기관카테터삽입및인공호흡[윤상갑상막천자를통한것]	M5830
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6540
	부정맥의고주파절제술(상심실성부정맥)-중격천자	M6544
	부정맥의고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6545
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(상심실성부정맥)-중격천자	M6549
	부정맥의 고주파절제술(방실결절 절제술, 히스속절제술)-중격천자	M6556
	경피경간담즙배액술[유도료별도산정]	M6670
	경피적배액관교환술	M6750
	낭종흡인요법[유도료별도산정]	M6850
	유주농양천자술	N0100
	근농양배농술(요장근농양)	N0841
	근농양배농술(둔근농양)	N0842
	근농양배농술(대퇴근농양)	N0843
	근농양배농술(기타근농양)	N0844
	추간판제거술-척추수핵용해술[방사선료포함]	N1495
	척추수핵흡인술[뉴크레오톰이용수핵제거등][방사선료포함]	N1496
	범발성폴립양성대절개및흡인술	O1233
	경피적확장기관절개술	O1301
	농흉세척[흉막강내주입포함]	O1502
	흉강삽관술(폐쇄식)	O1510
	종격동염배농술(비개흉식)	O1581
	타석절개술(단순적출)	Q2241
	인후농양절개술(경구강)	Q2251
	편도주위농양절개술또는흡인술	Q2320
	간농양(낭종)수술-개복에의한흡인또는주입술	Q7211
	역행성담췌관내시경수술-담(췌)관배액술	Q7762
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBDRoute또는T-Tube이용]-담관확장술(단순[카테터등이용확장만하는경우])	Q7771
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBD또는T-Tube이용]-담석제거술(바스켓또는풍선카테터이용,기계적쇄석술시)	Q7773
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBDRoute또는T-Tube이용]-담석제거술(전기수압식쇄석술시)	Q7774
	요도주위농양절개술	R3750
	포상기태제거술-흡인소파술에의한것	R4481
	자궁내태아흉수배액술[유도료별도산정]-흉강천자	R4536
	절개술(안면또는경부,제1범위,1cm미만)	S0011

구분	내 용	수가코드
상해 특정시술 치료(급여) (흡인, 전자, 절개, 배액, 배농)	절개술(안면또는경부,제1범위,1cm이상 ~ 2cm미만)	S0012
	절개술(안면또는경부,제1범위,2cm이상)	S0013
	중추신경계정위수술-생검,흡인,병소절제,혈종제거	S4756
	경피적척수낭종혹은공동흡인술	S4811
	척수강내 약물주입펌프이식술-단순천자에 의한 시험적 약물주입술	S4841
	유리체흡인술	S5050
	전방천자	S5080
	안검농양절개술	S5240
	맥립종절개술	S5400
	각막전부기질천자술[편측]	S5542
	골막하농양절개배액술	S5761
상해 특정시술 치료(급여) (신경차단술)	지주막하신경차단술	LA210
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하터널식카테터삽입에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA222
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하터널식카테터삽입에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA223
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA224
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA225
	경막외신경차단술(지속적차단)-기타(비터널식카테터)에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA226
	경막외신경차단술(지속적차단)-기타(비터널식카테터)에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA227
	경막외신경차단술(경막외패치술[혈액채취료포함])	LA228
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-안면신경	LA232
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-설인신경	LA233
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-접구개신경절	LA234
	내시경하접구개신경절차단술	LA235
	척수신경말초지차단술-대소후두신경	LA241
	척수신경말초지차단술-상후두신경	LA242
	척수신경말초지차단술-후두신경	LA243
	척수신경말초지차단술-횡격막신경	LA244
	척수신경말초지차단술-척추부신경	LA245
	척수신경말초지차단술-견갑신경	LA247
	척수신경말초지차단술-늑간신경	LA248
	척수신경말초지차단술-장골서혜신경	LA249
	척수신경총,신경근및신경절차단술-경신경총	LA251
	척수신경총,신경근및신경절차단술-요천골신경총	LA253
	교감신경총및신경절차단술-간단한것	LA261
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(복강신경총)	LA264

구분	내 용	수가코드
상해 특정시술 치료(급여) (신경차단술)	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(하장간막신경총)	LA265
	척수신경말초지차단술-장골하복신경	LA270
	척수신경말초지차단술-음부신경	LA271
	척수신경말초지차단술-좌골신경	LA272
	척수신경말초지차단술-폐쇄신경	LA273
	척수신경말초지차단술-대퇴신경	LA274
	척수신경말초지차단술-외측대퇴피신경	LA275
	척수신경말초지차단술-상박신경총	LA276
	경막외신경차단술-일회성차단(경추및흉추)	LA321
	경막외신경차단술-일회성차단(요추및천추)	LA323
	경막외신경차단술-일회성차단(미추)	LA324
	경막외신경차단술-경추간공차단(경추및흉추)	LA325
	경막외신경차단술-경추간공차단(요추및천추)	LA326
	경막외저장기펌프제거술	LA330
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-삼차신경절,상악신경,하악신경	LA340
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-안와상,안와하,턱끝,이개측두신경	LA341
	척수신경말초지차단술-액와신경	LA346
	척수신경말초지차단술-액와하부신경	LA347
	척수신경총,신경근및신경절차단술-방척추신경	LA352
	척수신경총,신경근및신경절차단술-미골신경	LA353
	척수신경총,신경근및신경절차단술-선택적신경근	LA354
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척추후근신경절	LA355
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척수회백신경교통지	LA356
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척수신경후지	LA357
	척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지	LA358
	척수신경총,신경근및신경절차단술-추간관절차단	LA359
	척수신경총,신경근및신경절차단술-천장관절차단	LA360
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(흉부교감신경절)	LA361
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(요부교감신경절)	LA362
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(상하복신경총)	LA366
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(외톨이신경절)	LA367
	전척추블록(기본[1시간기준])	LY051
	전척추블록(유지[1시간초과시15분당])	LY052

구분	내 용	수가코드
상해 특정시술 치료(급여) (화상처치)	화상처치-9%이하의범위[수족지,안면,경부,성기를포함하는경우]	N0011
	화상처치-9%이하의범위[수족지,안면,경부,성기를 포함하지아니한 경우]	N0012
	화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-하지의1지,복부또는배부에준하는범위[10%~18%의범위]	N0053
	화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-양하지또는동체(복부및배부)에준하는범위[19%~36%의범위]	N0054
	화상처치-전기화상의 경우(근육,골격,인대의 손상이 포함된경우)	N0057
	화상처치-전기화상의경우(기타)	N0058
	화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-상,하지또는양하지와복부또는배부에준하는범위[37~54%]	NA055
	화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-전신대부분의범위[55%이상]	NA056
	화상처치-전기화상의 경우(근육,골격,인대의 손상이 포함된경우)-섬광또는화염동반	NA057
	화상처치-전기화상의경우(기타)-섬광또는화염동반	NA058
상해 특정시술 치료(급여) (도수정복술)	늑골골절비관혈적정복술	N0531
	척추골절및탈구의도수정복술	N0630
	사지골절도수정복술[골반골,대퇴골]	N0641
	사지골절도수정복술[상완골,하퇴골]	N0642
	사지골절도수정복술[전완골]	N0643
	사지골절도수정복술[수근골,족근골]	N0644
	사지골절도수정복술[중수골,중족골,지골]	N0645
	관절탈구도수정복술(고관절)	N0761
	관절탈구도수정복술(어깨관절(견관절))	N0762
	관절탈구도수정복술(주관절,슬관절)	N0763
	관절탈구도수정복술(완관절,족관절,지관절)	N0764
	관절탈구도수정복술(요골골두 아탈구)	N0765
상해 특정시술 치료(급여) (기타)	이식형사건기록기삽입술	E6551
	박피술[종양치료에한함]-25㎠미만	N0111
	티눈제거술(전기소작,냉동응고술또는약물밀봉대)	N0143
	조갑거터술	N0215
	사지체내고정용금속제거술[대퇴골]	N0972
	사지체내고정용금속제거술[상완골,견갑골]	N0973
	사지체내고정용금속제거술[전완골,하퇴골]-요척골동시,경비골동시	N0974
	사지체내고정용금속제거술[쇄골,슬개골,수근골,족근골]	N0975
	사지체내고정용금속제거술[중수골,중족골,지골]	N0976
	사지체내고정용금속제거술[전완골,하퇴골]-요골과척골중 하나,경골과비골중 하나	N0977
	사지체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나금속정등을근막절개하에간단히제거한경우	N0978
	사지체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나금속정등을근막절개없이간단히제거한경우	N0979

구분	내 용	수가코드
상해 특정시술 치료(급여) (기타)	인공심폐순환[1회당]	O1890
	요관스텐트제거술(요관경하)	R3266
	요관스텐트제거술(방광경하)	R3267
	요관스텐트제거술(경피적)[경피적신루설치술,방사선료포함]	R3268
	인공요도괄약근제거술	R3566
	두개강내신경자극기설치,교환및제거술[운동장애,뇌전증,통증치료,난치성강박장애등]-두개강내신경전극제거	S0475
	현미경하각막봉합사제거술	S5390
	척수신경자극기설치,교환및제거술-영구자극기설치술[경피적]-자극분석및재조정	SY634
	척수신경자극기설치,교환및제거술-시험적거치술[경피적]-자극분석	SY638
	투시하이물제거술	MY762
	투시하물제거술(상부소화관이물제거술의경우)[유도료별도산정]	MY763
	비내이물제거술-간단한것[비내접근]	O0971
	비내이물제거술-복잡한것[전신마취하실시또는비외접근시]	O0972
	후두이물제거술(성문상부)	O1291
	후두이물제거술(성문,성문하부)	O1292
	내시경적기관또는기관지이물제거술(연성기관지경)	O1332
	개흉적기관또는기관지이물제거술	O1336
	식도이물제거술(흉부접근)	Q2382
	식도이물제거술(경부접근)	Q2383
	내시경적상부소화관이물제거술-단순	Q7611
	내시경적상부소화관이물제거술-복잡	Q7612
	결장경하이물제거술	Q7670
	에스상결장경하이물제거술	Q7720
	역행성담췌관내시경수술-이물질제거술	Q7767
	안구내이물제거술-자석이용	S4891
	안구내이물제거술-기타의것	S4892
	안와내이물제거술	S4895
	결막이물제거술	S4930
	각막이물제거술-단순[filament제거포함]	S4971
	각막이물제거술-복잡[심층,녹제거를하는경우]	S4972
	공막이물제거술	S4990
	외이도이물또는이구전색제거[간단한것은 기본진료료에포함]-복잡한것	S5571
	외이도이물또는이구전색제거[간단한것은 기본진료료에포함]-극히 복잡한것[진주종제거 포함]	S5572
	급성복막투석-도관삽입술	O7061

구분	내 용	수가코드
상해 특정시술 치료(급여) (기타)	체외복수투석[복막천자포함]	O7080
	혈액투석[1회당]	O7020

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표48】 마취의료행위 분류표

약관에 규정하는 마취로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

<table>
<tr><th>수가코드</th><th colspan="2">마취 보장 코드명</th></tr>
<tr><td>L0101</td><td colspan="2">정맥마취, 전신마취</td></tr>
<tr><td>L0102</td><td colspan="2">정맥마취, 부위(국소)마취</td></tr>
<tr><td>L0103</td><td>정맥마취, 감시하 전신마취</td><td>마취관리기본 [30분 기준]</td></tr>
<tr><td>L1211</td><td>마취, 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취</td><td rowspan="6">마취관리기본 [1시간 기준]</td></tr>
<tr><td>L1212</td><td>마취, 마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취</td></tr>
<tr><td>L1213</td><td>마취, 척추마취</td></tr>
<tr><td>L1214</td><td>마취, 경막외마취</td></tr>
<tr><td>L1215</td><td>마취, 상박신경총마취</td></tr>
<tr><td>L1216</td><td>마취, 척추경막외마취</td></tr>
</table>

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 ·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수술당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표49】 수혈의료행위 분류표

약관에 규정하는 수혈로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

수가코드	수혈 보장 코드명	
X1001 X1002	전혈 320ml 전혈 400ml	전혈
X2011 X2012 X2021 X2022 X2031 X2032 X2131 X2132 X2041 X2042 X2051 X2052 X2061 X2062 X2141 X2142 X2071 X2072 X2081 X2082 X2091 X2092 X2101 X2102 X2111 X2112 X2121 X2122	신선액상혈장, 전혈 320ml 기준 신선액상혈장, 전혈 400ml 기준 농축적혈구, 전혈 320ml 기준 농축적혈구, 전혈 400ml 기준 세척적혈구, 전혈 320ml 기준 세척적혈구, 전혈 400ml 기준 동결해동적혈구, 전혈 320ml 기준 동결해동적혈구, 전혈 400ml 기준 신선동결혈장, 전혈 320ml 기준 신선동결혈장, 전혈 400ml 기준 동결혈장, 전혈 320ml 기준 동결혈장, 전혈 400ml 기준 동결침전제제, 전혈 320ml 기준 동결침전제제, 전혈 400ml 기준 동결침전물제거혈장, 전혈 320ml 기준 동결침전물제거혈장, 전혈 400ml 기준 혈소판풍부혈장, 전혈 320ml 기준 혈소판풍부혈장, 전혈 400ml 기준 농축혈소판, 전혈 320ml 기준 농축혈소판, 전혈 400ml 기준 백혈구제거적혈구, 전혈 320ml 기준 백혈구제거적혈구, 전혈 400ml 기준 농축백혈구, 전혈 320ml 기준 농축백혈구, 전혈 400ml 기준 백혈구여과제거적혈구, 전혈 320ml 기준 백혈구여과제거적혈구, 전혈 400ml 기준 백혈구여과제거혈소판, 전혈 320ml 기준 백혈구여과제거혈소판, 전혈 400ml 기준	혈액성분제제 중 성분제제에 의한 것
X2515 X2501 X2502 X2504 X2516 X2511 X2512 X2513 X2514	성분채집 적혈구(190ml) 성분채집 혈소판(250ml) 성분채집 백혈구(250ml) 성분채집 혈장(500ml) 세척혈소판(250ml) 백혈구여과제거 성분채집 혈소판(250ml) 복합성분채집 적혈구(190ml) 복합성분채집 혈소판(250ml) 복합성분채집 혈장(300ml)	혈액성분제제 중 혈액성분채집술에 의한 것 [성분채혈]

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 ·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수술당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표50】 고압산소 의료행위 분류표

약관에 규정하는 상해고압산소치료(급여)로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
고압산소요법 Hyperbaric Oxygen Therapy	
가. 1시간까지	M0586
주 : 상급종합병원· 종합병원은 해당 항목 소정점수의 116.51점을 가산한다.	M0581
나. 1시간을 초과하여 2시간까지	M0587
주 : 상급종합병원· 종합병원은 해당 항목 소정점수의 283.42점을 가산한다.	M0582
다. 2시간 초과 1일당	M0588
주 : 상급종합병원· 종합병원은 해당 항목 소정점수의 735.54점을 가산한다.	M0583

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표51】 지속적신대체요법(CRRT)(급여)대상 수가코드

약관에 규정하는 지속적신대체요법(CRRT)(급여)로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
지속적 정정맥 혈액투석여과 - 카테터 삽입 당일 [카테터삽입료 포함]	O7001
지속적 정정맥 혈액투석여과 - 익일부터 [1일당]	O7002
지속적 동정맥 혈액투석여과 - 카테터 삽입 당일 [카테터삽입료 포함]	O7003
지속적 동정맥 혈액투석여과 - 익일부터 [1일당]	O7004
지속적 정정맥 혈액투석 - 카테터 삽입 당일 [카테터삽입료 포함]	O7031
지속적 정정맥 혈액투석 - 익일부터 [1일당]	O7032
지속적 동정맥 혈액투석 - 카테터 삽입 당일 [카테터삽입료 포함]	O7033
지속적 동정맥 혈액투석 - 익일부터 [1일당]	O7034
지속적 정정맥 혈액여과 - 카테터 삽입 당일 [카테터삽입료 포함]	O7051
지속적 정정맥 혈액여과 - 익일부터 [1일당]	O7052
지속적 동정맥 혈액여과 - 카테터 삽입 당일 [카테터삽입료 포함]	O7053
지속적 동정맥 혈액여과 - 익일부터 [1일당]	O7054

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표52】 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)대상 수가코드

약관에 규정하는 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
인공호흡 [기관내삽관료 별도]-12시간 초과 1일당	M5860
인공호흡 [기관내삽관료 별도]-12시간 초과 1일당 (신생아중환자실에서고빈도진동호흡모드를이용)	M0860

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표53】 1~5종수술Ⅲ 분류표

Ⅰ. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy) 단, 유방의 비대(N62) 제외	3
	3-1. 유방의 비대(N62)	1
	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.]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5

구분	수술명	수술 종류
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1
비뇨기계 · 생식기계의 수술 (인공임신중절수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1

구분	수술명	수술 종류
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	58. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	76. 안와내양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을	2

구분	수술명	수술 종류
	지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	
	88.내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터 (Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외) 단, 결장의 용종(K63.5) 또는 결장 및 직장 양성신생물(D12.0~12.8) 제외	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락, 결장의 용종(K63.5) 또는 결장 및 직장 양성신생물(D12.0~12.8)	1

㈜ 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的,Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수 술 명	수 술 종 류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

㈜ 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.

2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.

3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.

- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

Ⅲ. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

㈜ 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5종수술분류표 사용 지침)

1. “수술” 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 〈1~5종수술 분류표〉에 정한 행위[기구를 사용하여 생체에 절단(切斷), 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 말하며흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.
2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. 〈1~5종수술 분류표〉상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

   〈1~5종수술 분류표〉에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 “수술”의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선 조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

   1) 1~5종수술 분류표상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 1 ~ 5종 수술분류표상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
   2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 〈1~5종 수술 분류표〉 중 '일반질병 및 상해치료 목적의 수술' 88항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.
6. '악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. '두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   1) 미용 성형상의 수술
   2) 피임(避妊) 목적의 수술
   3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

【별표54】 치료적저체온요법치료(급여)대상 수가코드

약관에 규정하는 치료적저체온요법치료(급여)로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
치료적 저체온요법치료[1일당]	M5970

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표55】 부분체외순환치료(급여)대상 수가코드

약관에 규정하는 부분체외순환치료(급여)로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
부분체외순환	O1901
부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]	O1902
체외순환막형산화요법-시술당일	O1903
체외순환막형산화요법-익일 이후 [1일당]-10시간 초과 계속 사용	O1904
부분체외순환-ILA Membrane Ventilator 사용	O1905
부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]-ILA Membrane Ventilator 사용	O1906

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표56】 전신마취 의료행위 분류표

약관에 규정하는 전신마취치료(급여)로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용		수가코드
기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취	마취관리기본 [1시간 기준]	L1211
	마취 유지	L1221
	마취 유지(상급종합병원)	L1231
마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취	마취관리기본 [1시간 기준]	L1212
	마취 유지	L1222
	마취 유지(상급종합병원)	L1232

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

개인신용정보 제공·이용에 대한 고객 권리 안내문

(1) 금융서비스 이용 범위

가. 고객의 개인신용정보는 금융거래의 설정·유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용됩니다.

나. 고객은 영업장·인터넷 등 다양한 채널을 통해 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 1) 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보')를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 당해 금융회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 '마케팅') 목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴·부가서비스 및 신상품·서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.

(2) 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상의 고객 권리

가. 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조에 따라 금융회사가 본인정보를 전국은행연합회, 개인신용평가회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제36조에 따라 금융회사가 전국은행연합회, 개인신용평가회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절·중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

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

- 신청방법 : 무료전화(080-860-3300)
- 무료전화 외 전화·서면·인터넷 신청 방법 : '라. 본인정보의 열람 및 정정요구'에 기재된 방법과 같습니다.

라. 본인정보의 열람 및 정정요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조에 따라 금융회사가 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리 결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

신청 방법	전화	지역번호 없이 1566-3000/ 1644-3000
	서면	우)03137 서울특별시 종로구 창경궁로 117(인의동, 하나손해보험빌딩)
	인터넷	www.hanainsure.co.kr

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제39조에 따라 본인정보를 개인신용평가회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 개인신용평가회사에 문의하시기 바랍니다.

- NICE평가정보(주) : ☎02-2122-4000, 인터넷 www.nice.co.kr
- SCI평가정보(주) : ☎02-3445-5000, 인터넷 http://www.sci.co.kr
- 코리아크레딧뷰로(주) : ☎02-708-6000, 인터넷 http://www.kcb4u.com

(3) 개인정보 유출 시 피해보상 규정

가. 당사의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

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

당사 개인신용정보 보호담당자	손해보험협회 개인신용정보 보호담당자	금융감독원 개인신용정보 보호담당자
02) 6670-8740 서울특별시 종로구 창경궁로 117, 9층 (인의동, 하나손해보험빌딩)	02) 3702-8500 서울특별시 종로구 종로1길 50, 16층 (중학동, 케이트윈타워 B동)	1332 서울특별시 영등포구 여의대로 38 금융감독원 1층 금융민원센터

예금자 보호 안내

1. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 "1억원까지"(본 보험회사의 여타 보험상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지" 보호됩니다.
2. 본 보험회사가 예금 등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 별도로 최고 1억원까지 보호합니다. (단, 연금저축보험*은 다른 예금보호 대상 금융상품과는 별도로 1인당 최고 1억원까지 보호)

   * 연금저축계좌, 개인연금저축, 연금저축 포함
3. 위 내용은 예금자보호법 및 관련법령의 개정 등에 따라 달라질 수 있음을 알려드리며 자세한 내용은 영업점에 비치된 예금자 보호 안내책자를 참고하거나 예금보험공사(☎지역번호 없이 1588-0037, www.kdic.or.kr)로 문의하시기 바랍니다.

보험모집질서 신고센터 안내

※ 보험계약과 관련한 보험모집질서 문란행위는 보험업법에 의해 처벌받을 수 있습니다.

금융감독원 보험 모집질서 위반행위 신고센터

●**전화:** 1332 ●**인터넷:** www.fss.or.kr

사고접수, 보험처리 등 보험계약 관련 문의(하나손해보험)

●**전화:** 1566-3000 ●**인터넷:** www.hanainsure.co.kr

MEMO

MEMO