하나손해보험

하나 단체안심상해보험(Ⅱ) 약관

2021.04

목 차

가입자 유의사항
주요내용 요약서
보험용어 해설

▫ 보 통 약 관

제 1 관 목적 및 용어의 정의
제 1 조(목적)
제 2 조(용어의 정의)
제 2 관 보험금의 지급
제 3 조(보험금의 지급사유)
제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)
제 6 조(보험금 지급사유의 통지)
제 7 조(보험금의 청구)
제 8 조(보험금의 지급절차)
제 9 조(보험금 받는 방법의 변경)
제 10 조(주소변경통지)
제 11 조(보험수익자의 지정)
제 12 조(대표자의 지정)
제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등
제 13 조(계약 전 알릴 의무)
제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무)
제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)
제 16 조(사기에 의한 계약)
제 4 관 보험계약의 성립과 유지
제 17 조(보험계약의 성립)
제 18 조(청약의 철회)
제 19 조(약관교부 및 설명의무 등)
제 20 조(계약의 무효)
제 21 조(계약내용의 변경 등)
제 22 조(보험나이 등)
제 23 조(계약의 소멸)
제 5 관 보험료의 납입
제 24 조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
제 25 조(제2회 이후 보험료의 납입)
제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
제 27 조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))
제 28 조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))
제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등
제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)
제 30 조(중대사유로 인한 해지)
제 31 조(회사의 파산선고와 해지)
제 32 조(보험료의 환급)
제 7 관 분쟁의 조정 등
제 33 조(분쟁의 조정)
제 34 조(관할법원)
제 35 조(소멸시효)
제 36 조(약관의 해석)
제 37 조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)
제 38 조(회사의 손해배상책임)
제 39 조(개인정보보호)

제 40 조(준거법)
제 41 조(예금보험에 의한 지급보장)

ㅁ 특 별 약 관

Ⅰ. 상해위험담보

1. 상해사망 및 고도후유장해 특별약관
2. (　　)%이상 고도후유장해 특별약관
3. (　　)%미만 후유장해 특별약관
4. 업무중 상해위험 특별약관
5. 업무외 상해위험 특별약관
6. 휴일 상해위험 특별약관
7. 신주말 상해위험 특별약관
8. 교통 상해위험 특별약관
9. 휴일교통 상해위험 특별약관
10. 신주말교통 상해위험 특별약관
11. 뺑소니·무보험자 상해위험 특별약관
12. 대중교통이용 중 상해위험 특별약관
13. 항공기탑승 중 상해위험 특별약관
14. 항공기 1회 탑승당 상해위험 특별약관
15. 학교생활 중 상해위험 특별약관
16. 학교생활외 상해위험(Ⅰ) 특별약관
17. 특정여가활동 중 상해위험 특별약관
18. 특수운동 중 상해위험 특별약관
19. 특수운전 중 상해위험 특별약관
20. 선원단체 상해위험 특별약관
21. 노동조합활동 중 상해위험 특별약관
22. 자동차경기단체 상해위험 특별약관
23. 방송국출연진단체 상해위험 특별약관
24. 스카우트단체 상해위험 특별약관
25. 스카우트단체지도자 상해위험 추가특별약관
26. 스포츠단체 상해위험 특별약관
27. 체육시설 이용중 상해위험 특별약관
28. 프로 및 아마추어단체 상해위험 특별약관
29. 공무원단체 상해위험 특별약관
30. 폭발·화재·붕괴 상해위험 특별약관
31. 익사사고 사망 특별약관
32. 자원봉사활동중 상해위험 특별약관
33. 헌혈후유증 특별약관
34. 강도상해위험 특별약관
35. 눈의 장해 및 외모추상(추한 모습)장해 특별약관
36. 귀의 장해 및 외모추상(추한 모습)장해 특별약관
37. 입(口) 기능의 장해 특별약관
38. 외모(얼굴, 머리, 목) 추상(추한 모습)장해 특별약관
39. 팔(손/손가락)의 장해 특별약관
40. 다리(발/발가락)의 장해 특별약관
41. 팔(손/손가락) 또는 다리(발/발가락)의 장해 특별약관
42. 등뼈 및 정신·신경계통의 후유장해 특별약관
43. 마라톤 상해위험 특별약관
44. 마라톤 골절수술비 특별약관
45. 상해확장보상 특별약관
46. 의사상자 상해위험 특별약관
47. 화상진단비 특별약관
48. 자원봉사활동중 화상진단비 특별약관
49. 화상수술비 특별약관

50. 골절진단비(Ⅰ) 특별약관
51. 골절진단비(치아파절제외)(Ⅱ) 특별약관
52. 골절수술비 특별약관
53. 자원봉사활동중 골절진단비(Ⅰ) 특별약관
54. 자원봉사활동중 골절진단비(치아파절제외)(Ⅱ) 특별약관
55. 자원봉사활동중 골절수술비 특별약관

Ⅱ. 소득보상금 및 위로금

56. 24시간상해 소득보상금 특별약관
57. 업무중 상해 소득보상금 특별약관
58. 교통상해 소득보상금 특별약관
59. 휴업손해위로금 특별약관
60. 스포츠상해 위로금 특별약관
61. 성폭력범죄상해 위로금 특별약관

Ⅲ. 상해질병입원일당담보

62. 24시간상해 입원일당 특별약관
63. 24시간상해 입원일당(4일이상 180일한도) 특별약관
64. 질병입원일당 특별약관
65. 교통상해 입원일당 특별약관
66. 자원봉사활동중 상해입원일당 특별약관
67. 요양비 특별약관
68. 수술비 특별약관
69. 상해수술비 특별약관

Ⅳ. 의료지원비용담보

70. 기본형 실손의료비 특별약관
71. 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 추가특별약관
72. 비급여 주사료 실손의료비 추가특별약관
73. 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 추가특별약관
74. 국민건강보험 미가입자 추가특별약관
75. 질병확장보장 추가특별약관(Ⅰ)
76. 상해확장보장 추가특별약관
77. 질병입원의료비 출산확장 추가특별약관
78. 질병통원의료비 출산확장 추가특별약관
79. 입원의료비 한방(비급여) 추가특별약관
80. 입원의료비 치과(비급여) 추가특별약관

Ⅴ. 질병위험담보

81. 질병사망 특별약관
82. 질병80%이상 후유장해 특별약관
83. 암진단 특별약관
84. 특정암진단 특별약관
85. 암 수술비 특별약관
86. 암 입원일당 특별약관
 86-1. 암 입원일당(요양병원 제외) 특별약관
 86-2. 암 입원일당(요양병원) 특별약관
87. 과로사 특별약관
88. 과로사관련 특정질병 사망 및 80%이상 후유장해 특별약관
89. 마라톤 질병사망 및 80%이상 후유장해 특별약관
90. 1~5종 수술비 특별약관
91. 급성심근경색증 진단비담보 특별약관

92. 뇌졸증진단비 특별약관
93. 뇌출혈진단비 특별약관
94. 뇌혈관질환진단비 특별약관
95. 허혈성심장질환진단비 특별약관
96. 식중독 입원일당(4일이상) 특별약관
97. 자원봉사활동중 식중독 입원일당(4일이상) 특별약관

Ⅵ. 비용

98. 청소년유괴·납치·인질 위로금 특별약관
99. 미아찾기 지원금 특별약관
100. 자동차사고 벌금(대인) 특별약관
101. 자동차사고 변호사선임비용 특별약관
102. 교통사고처리지원금 특별약관
103. (운전자)자동차사고부상치료비 특별약관
104. (비운전자)자동차사고부상치료비 특별약관
105. 자동차사고 성형치료비 특별약관

Ⅶ. 기타비용

106. 성폭력범죄위로금 특별약관
107. 국내 유학생 특별비용 특별약관
108. 메신저피싱 특별약관
109. 보이스피싱손해 특별약관

Ⅷ. 배상책임담보

110. 일상생활 배상책임 특별약관
111. 학생 개인배상책임 특별약관
112. 자원봉사자 배상책임 특별약관
113. 스포츠활동중 배상책임 특별약관

Ⅸ. 기타

114. 질병확장보장 추가특별약관(Ⅱ)
115. 상해위험 보상 제외 특별약관
116. ( )보험금만의 지급 추가특별약관
117. 단체계약 특별약관
 117-1. 보험료정산 추가특별약관
118. 단체피보험자 지위유지 추가특별약관
119. 단체계약 보험료분납 특별약관
120. 상품다수구매자 보험계약 특별약관
 120-1. 보험료정산 추가특별약관
 120-2. 보험기간 설정에 관한 추가특별약관
121. 이륜자동차 운전중상해 보상제외 특별약관
122. 지정대리청구서비스 특별약관
123. 날짜인식오류 부담보 추가약관
124. 금융기관 보험계약 특별약관
 124-1. 보험료 정산 추가특별약관
 124-2. 보험기간 설정에 관한 추가특별약관

▫ 별 표

【별표1】장해분류표
【별표2】악성신생물(암) 분류표

【별표3】3대암 분류표
【별표4】여성특정암 분류표
【별표5】제자리신생물 분류표
【별표6】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표
【별표7】급성심근경색증 분류표
【별표8】뇌졸증 분류표
【별표9】뇌출혈 분류표
【별표10】수술분류표
【별표11】교통사고처리특례법 제3조 2항 단서
【별표12】골절분류표
【별표13】이차성 악성신생물
【별표14】골절(치아파절제외)분류표
【별표15】화상분류표
【별표16】식중독분류표
【별표17】자동차사고부상등급표
【별표18】과로사 관련 질병분류표
【별표19】과로사 관련 특정질병분류표
【별표20】마라톤관련 특정 질병분류표
【별표21】전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법
【별표22】뇌혈관질환 분류표
【별표23】허혈성심장질환 분류표
【별표24】수술분류표(1~5종)

가입자 유의사항

1. 보험계약 관련 유의할 사항

1) 보험계약 전 알릴의무 위반
- 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 회사에 알려야 합니다. 그렇지 않은 경우 보험금 지급이 거절되거나 보험계약이 해지될 수 있습니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 판매자의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

2) 상해 및 질병 관련 보장
- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.

3) 재물 및 배상책임 관련 보장
- 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 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

2. 보험금 지급관련 유의할 사항

1) 다수계약의 비례보상에 관한 사항
이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 약관에서 정한 비율에 따라 보험금을 계산하여 지급합니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약·발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당 약관의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 납입한 제1회 보험료를 돌려드립니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다

3. 계약취소

약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 계약이 취소된 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

4. 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체계약의 경우는 제외
- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
- 재물 및 배상책임보험계약을 맺기 전에 이미 보험의 목적에 사고가 발생한 경우

5. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만일 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 납입최고(독촉)하고 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지됩니다.

6. 해지 계약의 부활(효력회복)

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

7. 계약 전·후 알릴 의무

1) 계약 전 알릴 의무: 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명 포함)을 하셔야 합니다. (단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)

2) 계약 후 알릴의무: 계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 약관에서 정한 계약후 알릴 의무가 생긴 경우에는 지체 없이 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

3) 알릴 의무 위반의 효과
약관에 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

8. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 재물손해, 배상책임손

해에 대한 보험금은 그 서류를 접수받은 후 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 지급하여 드립니다.
다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사 및 확인하기 위해 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. 회사가 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 보험금에 더하여 지급합니다.

9. 대위권

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

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약·발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당 약관의 내용을 따릅니다.

※ 보험용어 해설

보험약관	보험계약에 관하여 계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 정한 것
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람
보험가입금액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 지급할 최대 보험금
보험가액	피보험이익을 금전으로 평가한 금액으로 보험목적에 발생할 수 있는 최대 손해액 (회사가 실제 지급하는 보험금은 보험가액을 초과할 수 없습니다)
보험금	신체손해·비용손해 보장 : 피보험자가 사망, 장해, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험 수익자에게 지급하는 금액 재물손해·배상책임 보장 : 피보험자가 재물손해, 배상책임손해 등 보험금 지급사유가 발생하 였을 때 보험회사가 피보험자에게 지급하는 금액
자기부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간
보장개시일	보험회사가 보험금 지급의무가 시작된 날
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날은 제외

하나 단체안심상해보험(Ⅱ) 보통약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1 조(목적)
이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조(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: 계약전 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. 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.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제 3 조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금

제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
   1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
   2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
③ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하

여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑨ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

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

제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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

제 6 조(보험금 지급사유의 통지)

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

제 7 조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)

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

제 8 조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 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 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

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

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

<부표> 보험금을 지급할 때의 적립이율

기 간	지 급 이 자
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%)

주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.
2. 계약자 등에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 7 조(보험금의 지급절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

제 9 조(보험금 받는 방법의 변경)

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

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제 10 조(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.

제 11 조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우는 피보험자의 법정상속인, 같은 조 제2호 경

우는 피보험자로 합니다.

제 12 조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 13 조(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, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 14 조(상해보험계약 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, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외 합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우

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

[위험변경에 따른 계약변경 절차]



③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금

등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

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

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

제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을때

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

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

③ 제1항에 따라 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

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

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

제 16 조(사기에 의한 계약)

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

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 17 조(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 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%'를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 18 조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

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

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

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

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

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.

제 19 조(약관교부 및 설명의무 등)

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

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

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

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

③ 제1항 단서에도 불구하고 사이버몰 등 인터넷을 이용하여 모집한 경우 회사는 계약자의 별도 동의 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 광기록매체, 전자우편 등 전자적 방법으로 드릴 수 있습니다. 다만, 보험계약자가 서면으로 교부하여 줄 것을 요청하는 경우에는 서면으로 드립니다.

④ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

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

⑤ 제4항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

⑥ 제4항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 20 조(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 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제 21 조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
   1. 보험종목
   2. 보험기간
   3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
   4. 계약자, 피보험자 중 일부
   5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

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

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

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

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

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

제 22 조(보험나이 등)

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

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

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

【보험나이 계산 예시】
생년월일: 1988년 10월 2일, 현재(계약일): 2014년 4월 13일
⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

제 23 조(계약의 소멸)

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

제 5 관 보험료의 납입

제 24 조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

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

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

1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제 25 조(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.

제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

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

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용

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

③ 제1항에 따라 계약이 해지되고 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 27 조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제26조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 제32조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%' 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

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

제 28 조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

① 타인을 위한 계약의 경우 제32조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 보험수익자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)
① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
② 제20조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급) 에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
③ 보험금 지급사유 발생으로 회사가 보험금을 지급한 때에도 보험가입금액이 감액되지 않은 경우에는 계약자는 그 보험금 지급사유 발생 후에도 계약을 해지할 수 있습니다.

제 30 조(중대사유로 인한 해지)
① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 31 조(회사의 파산선고와 해지)
① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 32 조(보험료의 환급)
① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.

② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.
③ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제 33 조(분쟁의 조정)
계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제 34 조(관할법원)
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제 35 조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권, 해지환급금청구권, 책임준비금 반환청구권 및 배당금청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

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

제 36 조(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.

제 37 조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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

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

제 38 조(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 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제 39 조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제 40 조(준거법)

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

제 41 조(예금보험에 의한 지급보장)

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

하나 단체안심상해보험(Ⅱ) 특별약관

Ⅰ. 상해위험담보

1. 상해사망 및 고도후유장해 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률 ( )% 초과하는 고도후유장해 상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2.( )%이상 고도후유장해 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중 ( )특약 제( )조(보험금의 지급사유)에 정한 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다.)의 직접적인 결과로써 장해분류표【별표1】참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률 ( )%이상의 고도장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 보험대상자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3. ( )%미만 후유장해 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중 ( )특약 제( )조(보험금의 지급사유)에 정한 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다.)의 직접적인 결과로써 장해분류표【별표1】참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률 ( )%미만의 후유장해상태가 되었을 때에는 장해분류표【별표1】의 각호에 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출된 금액을 후유장해보험금으로 보험대상자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4. 업무중 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 업무중(출·퇴근은 업무중으로 봅니다.)에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

제 2조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

5. 업무외 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 업무외(출·퇴근을 포함합니다)에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

6. 휴일 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
   1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
   2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
② 제1항의 법정공휴일 및 근로자의 날은 사고발생지의 관공서 공휴일에 관한 규정 및 국경일에 관한 법률, 근로자의 날 제정에 관한 법률에서 정한 휴일을 말합니다.

제 2 조 (보장의 시기와 종기)
회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제 3 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
제1조 제1항 제1호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제 4 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

7. 신주말 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 사고발생지의 금요일 오후(12시에 시작하여 24시까지), 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 동안에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
   1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
   2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항의 법정공휴일 및 근로자의 날은 사고발생지의 관공서 공휴일에 관한 규정 및 국경일에 관한 법률, 근로자의 날 제정에 관한 법률에서 정한 휴일을 말합니다.

제 2 조 (회사의 보장의 시기와 종기)
회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 금요일 오후(12시에 시작하여 24시까지) 및 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제 3 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
제1조 제1항 제1호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제 4 조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

8. 교통 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항의 교통상해라 함은 아래의 상해를 말합니다.
1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

③ 제2항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
- 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
- 자동차(자동차 관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
- 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
- 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 손해에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.
1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

제 3 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

9. 휴일교통 상해위험 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항의 교통상해라 함은 아래의 상해를 말합니다.

1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

③ 제2항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
- 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
- 자동차(자동차 관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
- 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
- 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 손해에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.
1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

제 3 조 (보장의 시기와 종기)
회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제 4 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
제1조 제1항 제1호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제 5 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

10. 신주말교통 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 사고발생지의 금요일 오후(12시에 시작하여 24시까지), 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 동안에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “교통상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항의 교통상해라 함은 아래의 상해를 말합니다.
1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

③ 제2항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
- 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
- 자동차(자동차 관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
- 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
- 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 손해에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.
1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

제 3 조 (보장의 시기와 종기)
회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 금요일오후(12시에 시작하여 24시까지) 및 토요일, 법

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

제 4 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
제1조 제1항 제1호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제 5 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

11. 뺑소니·무보험자 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 뺑소니사고 또는 무보험자동차에 의한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중에 뺑소니사고 또는 무보험자동차에 의한 사고의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 손해에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.
1. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운행하던 중 발생한 사고

제 3 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

12. 대중교통이용 중 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 승객으로서 대중교통 이용 중 사고(이하"대중교통이용중 교통사고"라 합니다)로 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항의 「대중교통이용 중 교통사고」라 함은 다음의 각호와 같습니다.
1. 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차하던 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. 자동차운수사업법 시행령 제2조에서 규정한 시내버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
4. 자동차운수사업법 시행령 제2조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
5. 여객수송용 선박

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 손해에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.
① 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
② 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

제 3 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

13. 항공기탑승 중 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 항공기 사고로 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항에서「항공기사고」라 함은 항공기 탑승중의 사고, 비행장 구내에서의 사고 및 피보험자가 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지 항공운송업자가 제공하는 자동차 및 기타 교통수단에 탑승중의 사고를 말합니다. 여기서「비행장구내」란 비행기 탑승시 각 항공사의 개찰구 안쪽을 말합니다.

③ 제2항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다)
5. 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 않은 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 손해에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안

② 하역작업을 하는 동안

③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

제 3 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

14. 항공기 1회 탑승당 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 항공기 사고로 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항에서「항공기사고」라 함은 항공기 탑승중의 사고, 비행장 구내에서의 사고 및 피보험자가 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지 항공운송업자가 제공하는 자동차 및 기타 교통수단에 탑승중의 사고를 말합니다. 여기서「비행장구내」란 비행기 탑승시 각 항공사의 개찰구 안쪽을 말합니다.

③ 제2항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자

동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다)
5. 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 않은 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 손해에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안

② 하역작업을 하는 동안

③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

제 3 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

15. 학교생활 중 상해위험 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 학교생활 중 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항의 학교생활중이란 다음을 말합니다.

1. 학교수업중(정규의 교육활동외에 기타 학교가 행하는 모든 특별활동을 포함합니다)
2. 학교수업외, 기타 통상적인 학교활동을 위해 학교에 있는 동안
3. 특별교육행사 참가중(반드시 학교 교직원의 인솔이 있어야 합니다.)
4. 통상적인 경로를 통하여 하는 등하교중

제 2 조 (피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 유아교육법, 초·중등교육법, 고등교육법 등 교육 관계법과 영유아보육법, 학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률 등에 의한 교육기관과 유사 교육 관계법령에 의해 인허가를 득하거나 등록 또는 신고필한 교육기관에 재학하는 증권에 기재된 학생(원생)으로 합니다.

제 3 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

16. 학교생활외 상해위험(Ⅰ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 학교생활외 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항의 "학교생활외"이란 아래의 경우를 제외한 모든 생활을 말합니다.
1. 피보험자가 재학중인 학교수업중(정규의 교육활동외에 기타 학교가 행하는 모든 특별활동을 포함합니다)
2. 피보험자가 재학중인 학교수업외 기타 통상적인 학교활동을 위해 학교에 있는 동안
3. 피보험자가 재학중인 학교의 특별교육행사 참가중(반드시 학교 교직원의 인솔이 있어야 합니다.)
4. 피보험자가 재학중인 학교에 통상적인 경로를 통하여 하는 등하교중

제 2 조 (피보험자의 범위)
① 이 특별약관의 피보험자는 유아교육법, 초·중등교육법, 고등교육법 등 교육 관계법과 영유아보육법, 학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률 등에 의한 교육기관과 유사 교육 관계법령에 의해 인허가를 득하거나 등록 또는 신고필한 교육기관에 재학하는 증권에 기재된 학생(원생)으로 합니다.
② 이 계약이 성립된 후 학교의 학생으로서 자격을 상실한 때부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제 3 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

17. 특정여가활동 중 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 특정여가활동 중 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항의 "특정여가활동"이란 아래의 모든 활동을 말합니다.
1. 다음에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설을 말합니다. 단, 주택은 제외합니다. 이하 같습니다)내에서 하는 동안. 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠 시설내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안 테니스, 탁구, 배드민턴, 골프, 볼링, 수영, 에어로빅, 요가, 무용 및 이와 비슷한 운동
2. 게이트볼(시합 또는 5인 이상이 연습하는 경우에 한함)을 하는 동안
3. 낚시(직업적인 물고기잡이는 제외)를 하는 동안
4. 다음의 유료시설에 관객 또는 입장객으로 있는 동안. 단, 대상이 되는 시설은 시설내에 관리인이 있는 등 구체적으로 관리되고 있는 유료시설을 말하며, 이 시설이 무료 개방되는 경우에는 대상이 되지 않습니다.
   가. 영화관, 콘서트홀, 스포츠관람시설, 극장, 연예장 등의 시설(영화, 음악, 스포츠, 연극, 연예 또는 구경거리를 감상, 관람하기 위한 시설을 말하며, 유흥접객업소는 제외합니다)
   나. 유원지, 레저랜드 또는 동물원, 식물원, 미술관, 박물관 기타 이와 유사한 시설
5. 숙박을 동반한 여행목적을 갖고 주소지를 출발하여 당해 주소지에 도착할 때까지의 여행을 하는 동안. 단, 업무출장 및 업무목적을 병행하고 있는 여행은 제외합니다.

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

18. 특수운동 중 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제2항 제1호에도 불구하고 피보험자가 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동을 하는 동안 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

19. 특수운전 중 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제2항 제2호에도 불구하고 피보험자가 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(단, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

20. 선원단체 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제2항 제3호에도 불구하고 피보험자가 직무에 종사 중 음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조 (피보험자의 범위)
피보험자는 보험증권에 기재된 선박에 고용계약에 따라 승선하는 모든 선원으로 합니다.

제 3 조 (보험가입금액)
같은 직명에 속하는 각 피보험자의 보험가입금액은 각각 같은 금액으로 합니다.

제 4 조 (적용상의 특칙)
회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

제 5 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

21. 노동조합활동 중 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 노동조합 활동중(전임임원인 경우 출퇴근을 포함합니다) 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다

1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조 (피보험자의 범위)
이 특별약관에서 정하는 피보험자라 함은 전임 및 비전임을 묻지 아니하고 당해 조합의 정부위원장, 집행위원, 각분회위원장, 대의원을 말합니다.

제 3 조 (조합활동의 범위)
제1조에서 말하는 노동조합 활동중이란 아래의 활동을 말합니다.
1. 조합활동 종사중, 조합행사 참가 중
2. 조합활동, 행사 참가를 위한 왕복 도중
3. 노동쟁의 조정법상의 합법적인 쟁의활동 중

제 4 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 손해에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.
1. 피보험자의 노동쟁의 활동중 폭력이나 파괴행위로 입은 상해(다만, 노동조합법 제2조의 정당행위인 경우에는 그러하지 않습니다)

제 5 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

22. 자동차경기단체 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 이 보험증권에 기재된 계약자의 관리하에 행하는 자동차 또는 모터싸이클 경기활동(이하 "자동차 경기활동"이라 합니다) 중 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다
   1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
   2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.
③ 제1항의 경우 회사는 피보험자가 아래에 정한 자동차 경기활동 중에 발생한 상해로 인한 손해만을 보상하여 드립니다.
   1. 계약자가 주관하는 자동차경기가 열리는 자동차경기장에 입장하여 출장할 때까지의 활동(경기를 포함합니다)
   2. 계약자가 주관하는 자동차경기에 참가할 목적으로 연습주행을 하는 동안
   3. 자동차경기 참가 면허취득을 위해 계약자가 주관하는 교육을 받는 동안

제 2 조 (피보험자의 범위)
① 이 특별약관에서의 피보험자는 자동차경기에 참여하는 선수, 선수보조자, 심판 등 운영요원과 연습주행자, 경기참가 면허교육 참여자 등 자동차경기활동과 관련된 사람 중 보험증권에 기재된 사람으로 합니다.
② 제1항에 있어서의 피보험자는 어떠한 경우에도 회사가 객관적으로 확인할 수 있는 피보험자 명부에 기재된 사람에 한합니다.

제 3 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 손해에 대하여 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제2항 제2항에 정한 자동차 또는 오토바이에 의한 경기 중 손해는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제 4 조 (보험가입금액)
피보험자의 보험가입금액은 동일하게 정하는 것을 원칙으로 합니다. 다만, 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각각 달리하여 가입하고자 할 경우에는 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 5 조 (보험료의 정산방법)
보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.
1. 계약자는 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출해야 합니다.
2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 제1항에 의한 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제 6 조 (적용상의 특칙)
회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

제 7 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

23. 방송국출연진단체 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 이 보험증권에 기재된 방송국관리하에 행하는 촬영활동(이하“ 촬영활동”이라 합니다)중 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다
1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
② 제1항의 방송국의 관리하란 아래의 경우를 말합니다.
1. 촬영활동(예행연습을 포함합니다) 중
2. 촬영활동 시작전 또는 종료후에 촬영장소에 있는 중
3. 촬영활동을 위해 방송국이 지정한 장소와 피보험자 주소지와의 통상적인 경로 왕복도중

제 2 조 (피보험자의 범위)
① 피보험자는 촬영활동에 있어서 보험증권에 기재한 역할을 담당하는 모든 사람으로 합니다.
② 제1항에 있어서 어떠한 경우라도 회사가 객관적으로 확인할 수 있는 촬영활동 계획이나 촬영활동 상황과 함께 급여명부에 기재된 사람으로 한합니다.

제 3 조 (보험가입금액)
피보험자의 보험가입금액은 이 계약의 각 피보험자에 대하여 동일하게 하며 보험증권에 기재된 금액으로 합니다.

제 4 조 (피보험자의 명부)
① 계약자는 항상 피보험자명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.
② 계약자가 정당한 이유없이 제1항의 열람을 거부할 때에는 회사는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조 (예치보험료)
예치보험료는 계약체결일 이전 1개월 동안 1일 평균인원수에 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

제 6 조 (보험료의 정산)
보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.
1. 계약자는 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출해야 합니다.
2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 제1항에 의한 월간평균 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제 7 조 (적용상의 특칙)
회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

제 8 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

24. 스카우트단체 상해위험 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 이 보험증권에 기재된 스카우트 단체(한국보이스카우트연맹, 한국걸스카우트연맹 또는 이들 연맹의 산하단체인

지방연맹, 지구연합회 및 단위대를 말하며 이하 “단체”라 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동(이하 “단체활동”이라 합니다)중 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다

1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항의 단체의 관리하란 아래의 경우를 말합니다.

1. 단체활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다) 중
2. 단체활동 시작전 또는 종료후에 단체활동 장소에 있는 중
3. 단체활동을 위해 단체가 지정한 장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 왕복중

제 2 조 (보험가입금액)

피보험자의 보험가입금액은 이 보험계약의 각 피보험자에 대하여 동일하게 하며 보험증권에 기재된 금액으로 합니다.

제 3 조 (피보험자의 범위)

① 피보험자는 단체의 소속원으로 한국보이스카우트연맹이나 한국걸스카우트연맹에 등록된 사람을 말합니다.

② 이 계약이 성립된 후에 단체에 등록된 자는 그 등록시점부터 피보험자가 되며 소속을 이탈하는 경우에 그 이탈시점부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제 4 조 (피보험자의 명부)

계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

제 5 조 (보험료의 정산)

① 계약자는 보험기간중에 피보험자가 증감된 경우 보험기간 만료일 이후 30일이내에 그 증감내역을 서면으로 회사에 제출하여야 합니다.

② 제1항의 경우 회사는 증감자에 대하여 일단위로 보험료를 계산하여 계약을 체결할 때에 납입한 보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려드립니다.

제 6 조 (적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

제 7 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

25. 스카우트단체지도자 상해위험 추가특별약관

제 1 조 (피보험자의 범위)

회사는 보험증권에 기재된 스카우트단체의 지도자를 스카우트단체 상해위험 특별약관(이하“특별약관”이라 합니다) 제1조(보험금의 지급사유)에서 부담하는 피보험자로 합니다.

제 2 조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 스카우트단체 상해위험 특별약관을 따릅니다.

26. 스포츠단체 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 단체의 관리하에 행하는 운동경기(연습 및 운동경기를 하기 위해 교통수단에 탑승 중 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다

1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조 (운동경기의 종목)
위 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 운동경기의 종목은 아래와 같습니다.
1. 위험이 큰 운동경기종목 : 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 유사한 운동경기
2. 위험이 다소 많은 운동경기종목 : 등산, 스키, 하키, 마술, 럭비, 축구, 경식야구, 유도, 핸드볼, 농구, 체조 및 이와 유사한 운동경기
3. 위험이 적은 운동경기종목 : 검도, 펜싱, 사이클, 스케이트, 탁구, 정구, 수구, 연식야구, 사격, 배구, 보트, 요트, 육상경기, 역도, 배드민턴, 골프, 궁도 및 이와 유사한 운동경기

제 3 조 (계약후 알릴 의무)
보험기간 중에 피보험자의 증감이 있을 때에는 계약자는 서면으로 이에 대한 성명, 나이, 성별 및 운동경기 종목 등을 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.

제 4 조 (피보험자의 증가 및 감소)
회사는 보험기간 중에 피보험자가 증감된 경우 증감자에 대하여 일단위로 보험료를 계산하여 계약을 체결할 때에 납입한 보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려드립니다. 그러나 감소후의 피보험자 수가 20명 미만인 경우 이 계약은 해지되는 것으로 합니다.

제 5 조 (운동경기 종목의 변경)
보험기간 중에 피보험자가 운동경기 종목을 변경하고자 하는 경우 위 제3조에서 정하는 바를 준용합니다.

제 6 조 (적용상의 특칙)
회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

제 7 조 (준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

27. 체육시설 이용중 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 체육시설업자("체육시설의 설치 및 이용에 관한 법률"에 의거, 적법하게 설립·운영되는 체육시설업자) 관리하의 체육시설구내에서 피보험자가 아래의 제2조에서 정한 운동종목 중 하나의 운동을 하던 중 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다
1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조 (운동종목)
위 제1조에서 정한 운동경기의 종목은 아래 각 호의 운동으로 분류합니다.
1의 운동 : 레슬링, 권투, 씨름, 태권도 및 이와 유사한 운동
2의 운동 : 유도, 핸드볼, 농구, 볼링, 체조 및 이와 유사한 운동
3의 운동 : 검도, 펜싱, 스케이트, 탁구, 배구, 배드민턴, 골프, 수영, 에어로빅, 발레 및 이와 유사한 운동

제 3 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 상해와 체육시설구외에서의 상해 및 피보험자가 체육시설업자에게 등록한 제2조 각호의 운동이외의 다른 운동을 체육시설에서 행할 경우 입은 상해에 대하여도 보상하여 드리지 않습니다.
② 단, 피보험자가 제2조 1의 운동에 이어 2 또는 3의 운동을 계속할 경우 또는 2의 운동에 이어 3의 운동을 계속할 경우에 발생한 사고에 대해서는 보상하여 드립니다.

제 4 조 (피보험자의 범위)
이 특별약관에서 정하는 피보험자라 함은 보험증권에 기재된 시설을 이용하는 자로서 월회원 및 일일회원 모두를 말합니다.

제 5 조 (예치보험료)
예치보험료는 운동종목별로 계약체결일 이전 1개월 동안 1일 평균 인원수에 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

제 6 조 (보험료의 정산)
보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산하며 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.
① 계약자는 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출해야 합니다.
② 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정된 경우 계약자의 서류를 열람 할 수 있습니다.
③ 회사는 보험기간 만료와 동시에 위 제1항에 의한 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제 7 조 (적용상의 특칙)
회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

제 8 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

28. 프로 및 아마추어단체 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 단체의 관리하에 행하는 운동경기(연습 및 운동경기를 하기 위해 교통수단에 탑승중을 포함합니다. 이하 같습니다)중 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다
1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조 (피보험자의 범위)
이 특별약관의 피보험자는 해당 경기 종목의 프로연맹 또는 아마추어경기연맹(협회 포함)에 등록된 선수에 한합니다.

제 3 조 (준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

29. 공무원단체 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다
1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조 (피보험자의 범위)
이 특별약관에서의 피보험자는 아래의 각 호의 하나에 해당되는 사람 중 보험증권에 기재된 사람으로 합니다.

1. 공무원 : 공무원단체에 소속된 자

【용어의 정의】
공무원단체라 함은 정부조직법과 기타 다른 법령에 의하여 설치되는 국가행정기관으로서 행정기관의 조직과 정원에 관한 통칙에서 정한 중앙행정기관, 특별행정기관, 부속기관, 자문기관, 보조기관, 하부조직을 말합니다.

2. 교육공무원 : 교육공무원법 제2조 재3항 내지 제5항에 해당하는 기관에서 근무하는 자(교원, 조교, 장학관, 장학사, 교육연구원 및 교육연구사)

3. 사립학교 교원 : 사립학교법 제54조의 규정에 의하여 그 임면에 관하여 관할청에 보고된 자
4. 직원 : 초중등교육법 제19조 제2항, 고등교육법 제14조 제3항 또는 사립학교법 제70조의 2의 규정에 의하여 임면된 자

제 3 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

30. 폭발·화재·붕괴 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기가 중 아래에 정한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에 정한 상해를 입었을 때에는 이 특별약관에 따라 보험금을 지급합니다.
1. 폭발, 파열 및 화재(벼락 포함)사고
2. 건물 및 건축구조물(건축중인 것을 포함)의 붕괴·침강 또는 사태사고

② 제1항 제1호에도 불구하고 아래의 경우에 생긴 상해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 운행 중인 자동차의 화재, 폭발·파열사고로 입은 신체상해
2. 화재사고가 아닌 사유로 신체에 입은 화상

제2조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

◎ 건물 및 건축구조물의 붕괴·침강 또는 사태란 다음의 경우를 말합니다.
㉠ 붕괴란 폭발, 파열, 화재 등의 외력이 아닌 통상적 용도에 따라 건물 또는 건축구조물을 사용할 때에 그 자체의 내부결함이나 부식 또는 침식 등으로 그 전부나 일부가 갑자기 무너져 내리는 것을 말함. 단, 균열 또는 파손에 의해 일부가 떨어지는 것은 붕괴로 보지 않습니다.
㉡ 침강이란 폭발, 파열, 화재 등의 외력이 아닌 통상적 용도에 따라 건물 또는 건축구조물을 사용할 때에 그 자체의 내부결함이나 부식 또는 침식 등으로 그 전부나 일부가 갑자기 내려앉는 것을 의미합니다.
㉢ 사태란 비로 말미암아 산이나 언덕의 토사가 한꺼번에 무너져 내리는 것을 의미합니다.

31. 익사사고 사망 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 익사사고로 인하여 사망하였을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

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

32. 자원봉사활동중 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 자원봉사 활동을 하는 동안 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다
1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유

장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항의 “자원봉사 활동을 하는 동안”이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

제 2 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

33. 헌혈후유증 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

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

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제 3 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

34. 강도상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 강도에 의해 신체에 상해를 입었을 때 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다

1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항의 상해에는 강도의 강제력에 의해 유독가스 또는 유독물질을 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다.

③ 제1항의 강도는 폭행 또는 협박으로 인하여 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제3자로 하여금 이를 취득하게 한 자를 말하며, 강도에 대한 구체적인 정의는 형법 제333조~336조를 따르며, 이에 따른 사고는 형법 제337조~제339조에 의합니다.

④ 제1항의 강도에 의한 상해사고의 입증여부는 경찰신고서류, 경찰 또는 검찰 조사기록 등 관련 자료에 따릅니다.

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

① 피보험자의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인, 감수인 또는 보험수익자가 저지르거나 가담한 강도 손해

② 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 강도손해

③ 지진, 분화, 해일 또는 이와 유사한 변재가 일어났을 때에 생긴 강도손해

④ 형법 제340조의 해상강도손해

⑤ 피보험자의 의수, 의족, 의치 및 이와 유사한 신체보조장구에 입은 강도손해

⑥ 타인을 위한 보험계약에서 보험계약자의 고의

⑦ 핵연료물질(사용된 연료를 포함) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵 분열 생성물을 포함)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

⑧ 제7항 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

제 3 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

35. 눈의 장해 및 외모추상(추한 모습)장해 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 눈에 장해가 발생하였거나 또는 외모에 추상(추한 모습)장해를 입었을 경우에는 장해분류표 각호에 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자가 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 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.

⑥ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 2 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

36. 귀의 장해 및 외모추상(추한 모습)장해 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 귀에 장해가 발생하였거나 또는 외모에 추상(추한 모습)장해를 입었을 경우에는 장해분류표 각호에 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자가 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 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.

⑥ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에

따릅니다.
⑧ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

37. 입(口) 기능의 장해 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 입(씹거나 말하는 기능)의 장해를 입었을 경우에는 장해분류표 각 호에 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.
② 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자가 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 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.
⑥ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

38. 외모(얼굴, 머리, 목) 추상(추한 모습)장해 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 외모에 추상(추한 모습)장해를 남긴 때에는 장해분류표 각호에 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.
② 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자가 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
④ 장해분류표에 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 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 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.

⑥ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

<용어풀이>

외모(얼굴, 머리, 목)의 추상(추한 모습)장해

추상(추한 모습)장해란 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말합니다.

가. 외모의 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴

① 손바닥 반 크기 이상의 추상(추한 모습)

② 길이 10cm 이상의 (외모의/두부 또는 안면부)흉터

③ 직경 5cm 이상의 조직함몰

2) 머리

① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

② 두개골의 손바닥 크기 이상의 손실 및 결손

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

나. 외모의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

① 손바닥 1/4 크기 이상의 추상(추한 모습)

② 길이 5cm 이상의 (외모의/두부 또는 안면부)흉터

③ 직경 2cm 이상의 조직함몰

2) 머리

① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

② 두개골의 손바닥 1/2 크기 이상의 손실 및 결손

3) 목

손바닥 1/2 크기 이상의 추상(추한 모습)

제 2 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

39. 팔(손/손가락)의 장해 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 팔(손/손가락)에 장해를 입었을 경우에는 장해분류표 각호에 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자가 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이

내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 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.

⑥ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 2 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

40. 다리(발/발가락)의 장해 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 다리(발/발가락)에 장해를 입었을 경우에는 장해분류표 각호에 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자가 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 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.

⑥ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 2 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

41. 팔(손/손가락) 또는 다리(발/발가락)의 장해 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 팔(손/손가락) 또는 다리(발/발가락)에 장해를 입었을 경우에는 장해분류표 각호에 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자가 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 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.

⑥ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 2 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

42. 등뼈 및 정신·신경계통의 후유장해 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 등뼈 및 정신·신경계통의 장해가 발생하였을 경우에는 장해분류표 각호에 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자가 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 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.

⑥ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

43. 마라톤 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 마라톤대회 참가 중에 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에 정한 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
② 제1항의 마라톤대회 참가중이라 함은 마라톤대회 당일 주자로 참가해서 연습 및 마라톤대회를 마치고 해산하기 전까지를 말합니다.

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

44. 마라톤 골절수술비 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 마라톤대회 참가중에 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 사고로 【별표12】골절분류표에 정한 골절을 입고 그 치료를 직접 적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액 전액을 마라톤대회 참가중 골절수술 위로금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술위로금만 지급합니다.
② 제1항에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다(【별표10】(수술분류표) 참조).

<신의료기술평가위원회>

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

③ 제1항의 마라톤대회 참가중이라 함은 마라톤대회 당일 주자로 참가해서 연습 및 마라톤대회를 마치고 해산하기 전까지를 말합니다.

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

45. 상해확장보상 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장

해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제2조 제1항으로 대체됩니다.

제 3 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

46. 의사상자 상해위험 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

회사는 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자가 직무외 행위로 타인의 생명, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다) 또는 재산의 급박한 위해를 적극적으로 구제하다가 신체의 상해를 입어 『의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률』및『동시행령』의 규정에 따라 의사상자로 판정되는 경우 보험수익자에게 약정된 보험금을 지급합니다.

제 2 조(손해의 보상)

이 특별약관의 보험금액은 『의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률 및 동시행령』의 규정에 의거 정부가 지급하는 금액으로 합니다. 단 해당 금액이 연도별로 변경되는 경우 계약시점기준 금액으로 합니다.

제 3 조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

47. 화상진단비 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접적인 결과로 【별표15】화상분류표에 정한 화상으로 진단확정된 경우에 보험증권에 기재된 보험가입금액을 화상진단비로 지급하여 드립니다.

② 제1항의 화상진단비는 매 사고시마다 지급하여 드립니다. 다만 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상상태인 경우에도 1회에 한하여 화상진단금을 지급하여 드립니다.

③ 제1항의 『화상』이라 함은 【별표15】화상분류표에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제 2 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

48. 자원봉사활동중 화상진단비 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 자원봉사활동을 하는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접적인 결과로 【별표15】화상분류표에 정한 화상으로 진단확정된 경우에 보험증권에 기재된 보험가입금액을 화상진단비로 지급하여 드립니다.

② 제1항의 화상진단비는 매 사고시마다 지급하여 드립니다. 다만 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상상태인 경우에도 1회에 한하여 화상진단금을 지급하여 드립니다.

③ 제1항의 『화상』이라 함은 【별표15】화상분류표에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

④ 제1항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중

2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료 후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

<용어풀이>

자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

㉠ 사회복지분야에 관한 봉사활동
㉡ 환경보호분야에 관한 봉사활동
㉢ 교육분야에 관한 봉사활동
㉣ 소비자 보호에 관한 봉사활동
㉤ 청소년 선도에 관한 봉사활동
㉥ 범죄 예방에 관한 봉사활동
㉦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동
㉧ 재해 구조에 관한 봉사활동
㉨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
㉩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
㉪ 위 ㉠~㉢과 관련한 해외 봉사활동
㉫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 특별약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제 2 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

49. 화상수술비 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접적인 결과로 【별표15】화상분류표에 정한 화상으로 진단확정된 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 보험증권에 기재된 보험가입금액을 화상수술비로 지급하여 드립니다.

② 제1항의 화상수술비는 매 사고시마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 사고로 두종류 이상의 화상수술을 받을 경우에는 하나의 화상수술비만을 지급하여 드립니다.

③ 제1항의 『화상』이라 함은 【별표15】화상분류표에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

④ 제1항에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다(【별표10】(수술분류표) 참조).

<신의료기술평가위원회>

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

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 손해에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

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

② 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제 3 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

50. 골절진단비(Ⅰ) 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 보험기간 중 피보험자가 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접적인 결과로【별표12】골절분류표에 정한 골절로 진단확정된 경우에 보험증권에 기재된 보험가입금액을 골절진단비로 지급하여 드립니다.
② 제1항의 골절진단비는 매 상해시마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시는 1회에 한하여 골절진단금을 지급하여 드립니다.

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

51. 골절진단비(치아파절제외)(Ⅱ) 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 보험기간 중 피보험자가 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접적인 결과로 【별표14】골절분류표에 정한 골절로 진단확정된 경우에 보험증권에 기재된 보험가입금액을 골절진단비로 지급하여 드립니다.
② 제1항의 골절진단비(치아파절제외)는 매 상해시마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시는 1회에 한하여 골절진단금을 지급하여 드립니다.

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

52. 골절수술비 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 보험기간 중 피보험자가 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접적인 결과로 【별표12】골절분류표에 정한 골절로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 보험증권에 기재된 보험가입금액을 골절수술비로 지급하여 드립니다.
② 제1항의 골절수술비는 매 사고시마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 사고로 두종류 이상의 골절 수술을 받을 경우에는 하나의 골절수술비만을 지급하여 드립니다.
③ 제1항에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다(【별표10】(수술분류표) 참조).

<신의료기술평가위원회>

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

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 손해에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.
① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
② 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제 3 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

53. 자원봉사활동중 골절진단비(Ⅰ) 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 자원봉사활동을 하는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외하나 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접적인 결과로【별표12】골절분류표에 정한 골절로 진단확정된 경우에 보험증권에 기재된 보험가입금액을 골절진단비로 지급하여 드립니다.

② 제1항의 골절진단비는 매 상해시마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시는 1회에 한하여 골절진단금을 지급하여 드립니다.

③ 제1항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료 후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

<용어풀이>

자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

㉠ 사회복지분야에 관한 봉사활동
㉡ 환경보호분야에 관한 봉사활동
㉢ 교육분야에 관한 봉사활동
㉣ 소비자 보호에 관한 봉사활동
㉤ 청소년 선도에 관한 봉사활동
㉥ 범죄 예방에 관한 봉사활동
㉦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동
㉧ 재해 구조에 관한 봉사활동
㉨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
㉩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
㉪ 위 ㉠~㉢과 관련한 해외 봉사활동
㉫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 특별약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제 2 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

54. 자원봉사활동중 골절진단비(치아파절제외)(Ⅱ) 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 자원봉사활동을 하는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외하나 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접적인 결과로 【별표14】골절분류표에 정한 골절로 진단확정된 경우에 보험증권에 기재된 보험가입금액을 골절진단비로 지급하여 드립니다.

② 제1항의 골절진단비(치아파절제외)는 매 상해시마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시는 1회에 한하여 골절진단금을 지급하여 드립니다.

③ 제1항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료 후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

<용어풀이>

자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

㉠ 사회복지분야에 관한 봉사활동
㉡ 환경보호분야에 관한 봉사활동
㉢ 교육분야에 관한 봉사활동
㉣ 소비자 보호에 관한 봉사활동
㉤ 청소년 선도에 관한 봉사활동
㉥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

㉲ 기초질서 계도에 관한 봉사활동
㉳ 재해 구조에 관한 봉사활동
㉴ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
㉵ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
㉶ 위 ㉠~㉢과 관련한 해외 봉사활동
㉷ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동
단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 특별약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

55. 자원봉사활동중 골절수술비 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 보험기간 중 피보험자가 자원봉사활동을 하는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외하나 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접적인 결과로 【별표12】골절분류표에 정한 골절로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 보험증권에 기재된 보험가입금액을 골절수술비로 지급하여 드립니다.
② 제1항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료 후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

<용어풀이>
자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
㉠ 사회복지분야에 관한 봉사활동
㉡ 환경보호분야에 관한 봉사활동
㉢ 교육분야에 관한 봉사활동
㉣ 소비자 보호에 관한 봉사활동
㉤ 청소년 선도에 관한 봉사활동
㉥ 범죄 예방에 관한 봉사활동
㉦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동
㉧ 재해 구조에 관한 봉사활동
㉨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
㉩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
㉪ 위 ㉠~㉢과 관련한 해외 봉사활동
㉫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동
단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 특별약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

③ 제1항의 골절수술비는 매 사고시마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 사고로 두종류 이상의 골절 수술을 받을 경우에는 하나의 골절수술비만을 지급하여 드립니다.
④ 제1항에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다(【별표10】(수술분류표) 참조).

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

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 손해에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.
① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
② 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제 3 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

Ⅱ. 소득보상금 및 위로금

56. 24시간상해 소득보상금 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 「후유장해」라 합니다)되어 장해분류표의 지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 일시금으로 피보험자에게 지급합니다.

지 급 사 유	소 득 보 상 금
100%후유장해	보험가입금액의 100%
80%이상 100%미만 후유장해	보험가입금액의 70%
50%이상 80%미만 후유장해	보험가입금액의 35%

② 제1항의 소득보상금을 피보험자가 나누어 지급받고자 요청한 때에는 매년 사고발생 해당일에 보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금 이율을 반영한 금액을 나누어 지급합니다.
③ 50%이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

57. 업무중 상해 소득보상금 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 업무중(통상적인 출퇴근은 업무중으로 봅니다)에 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 신체 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 「후유장해」라 합니다)되어 장해분류표에서 정한 지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 일시금으로 피보험자에게 지급합니다.

지 급 사 유	소 득 보 상 금
100%후유장해	보험가입금액의 100%
80%이상 100%미만 후유장해	보험가입금액의 70%
50%이상 80%미만 후유장해	보험가입금액의 35%

② 제1항의 소득보상금을 피보험자가 나누어 지급받고자 요청한 때에는 매년 사고발생 해당일에 보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금 이율을 반영한 금액을 나누어 지급합니다.
③ 50%이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

58. 교통상해 소득보상금 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에 정한 사고(이하 「교통사고」라 합니다)로 신체에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접 결과로써 사고일로부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 「후유장해」라 합니다)되어 장해분류표에서 정한 지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 일시금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 운행 중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고

지 급 사 유	소 득 보 상 금
100%후유장해	보험가입금액의 100%
80%이상 100%미만 후유장해	보험가입금액의 70%
50%이상 80%미만 후유장해	보험가입금액의 35%

② 제1항의 소득보상금을 피보험자가 나누어 지급받고자 요청한 때에는 매년 사고발생 해당일에 보험개발원 공시하는 정기예금이율을 반영한 금액을 나누어 지급합니다.

③ 50% 이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 제1항에 정한 교통사고에서 제외합니다.

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

제 2 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

- 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  - ㉠ 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
  - ㉡ 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차,승합자동차,화물자동차,특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
  - ㉢ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
  - ㉣ 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 경우는 교통수단으로 보지 않습니다)

59. 휴업손해위로금 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)의 상해를 입은 결과로서 사고일로부터 90일 이내에 완전하고도 계속적으로 무능력하게 되어 직무에 종사할 수 없게 되었을 경우에는 그 기간에 대해 52주를 한도로 휴업손해위로금을 정기적(주급)으로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 무능력상태가 된 후 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 사고일로부터 52주를 한도로 휴업손해위로금을 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 입은 상해가 다음 지급률표의 항목에 해당하는 경우로서 피보험자가 본 항에서 정한 일시금으로 지급받을 것을 사고일로부터 30일 이내에 서면으로 회사에 통지할 경우에는 피보험자는 제1항의 휴업손해위로금 대신 다음 지급율표에 의한 일시금을 지급받을 수 있습니다. 다만, 동일사고로 인한 상해에 대해서는 1회에 한합니다.

-지급율표 -

휴업손해위로금 주급액이 70,000원인 경우의 일시금은 다음과 같으며 휴업손해위로금 주급액이 70,000원을 초과하거나 그 미만인 경우에는 비례계산에 따라 지급합니다.

가. 제거에 의한 상실

한 개 이상의 지골(趾骨) ····· 560,000원

한 개 이상의 지골(指骨) ····· 420,000원

(또는 최소한 한 개 이상의 지지골(指趾骨))

나. 관절의 완전탈골

엉덩이	840,000원
무릎(슬개골 제외)	420,000원
족골(지골(趾骨) 제외)	420,000원
발목	420,000원
손목	378,000원
팔꿈치	280,000원
어깨	210,000원
한 개 이상의 지골(趾骨) 또는 지골(指骨)	70,000원

다. 완전골절

두개골	910,000원
대퇴부	840,000원
상박(팔꿈치와 어깨사이)	840,000원
골반	700,000원
어깨뼈	560,000원
다리	560,000원
슬개골	560,000원
쇄골	420,000원
전박(손목과 팔꿈치사이)	420,000원
족(지골(趾骨) 제외)	350,000원
손(손가락 제외)	350,000원
아래턱(치조돌기 제외)	210,000원
한 개 이상의 늑골(肋骨, 갈비뼈), 지골(指骨) 또는 지골(趾骨)	140,000원

④ 피보험자가 휴업손해위로금을 받는 기간 중 다시 휴업손해위로금을 지급 받을 수 있는 상해를 입었을 지라도 회사는 휴업손해위로금을 중복하여 드리지 않습니다.

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

60. 스포츠상해 위로금 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 180일 안에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하「후유장해」라 합니다)되어 장해분류표에 해당하며 해당종목의 운동선수로서 더 이상 활동을 계속할 수 없을 때 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조 (피보험자[보험대상자]의 범위)
보통약관 제6조에도 불구하고 이 특별약관의 피보험자는 해당경기종목의 프로연맹 또는 아마추어경기연맹(협회를 포함합니다)에 등록된 선수에 한합니다.

제 3 조 (지급보험금의 계산)
위 제1조에 해당하는 경우로써 지급보험금은 아래 지급율표에 따릅니다.

후유장해지급율			위로금 지급금액
① 3%	~	10%	------ 후유장해 지급보험금의 20% 해당금액
② 11%	~	30%	------ 후유장해 지급보험금의 40% 해당금액
③ 31%	~	50%	------ 후유장해 지급보험금의 60% 해당금액
④ 51%	~	100%	------ 후유장해 지급보험금의 100% 해당금액

제 4 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

61. 성폭력범죄상해 위로금 특별약관

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

1. 형법 제32장 강간과 추행의 죄 중
   제297조(강간)
   제298조(강제추행)
   제299조(준강간, 준강제추행)
   제300조(미수범)
   제301조(강간 등 상해·치상)
   제301조의2(강간 등 살인·치사)
   제302조(미성년자등에 대한 간음)
   제303조(업무상위력 등에 의한 간음)
   제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄
2. 형법 제339조(강도강간)의 죄
3. 성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호 등에 관한 법률(이하 「성폭력특별법」이라 합니다)의 성폭력범죄 중
   제5조 특수강도강간 등
   제6조 특수강간 등
   제7조 친족관계에 의한 강간 등
   제8조 장애인에 대한 간음 등
   제8조의2 13세미만의 미성년자에 대한 강간, 추행 등
   제9조 강간 등 상해·치상
   제10조 강간 등 살인·치사
   제11조 업무상 위력 등에 의한 추행
   제12조 공중밀집장소에서의 추행

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

<용어풀이>
1. 공소제기
   검사가 사법경찰관으로부터 송치받은 사건이나 직접 인지 등으로 수사한 사건에 대하여 피의자가 재판을 받음이 마땅하다고 판단되는 경우에 이를 법원에 회부하게 되는데 이를 공소제기 또는 기소라 함
2. 약식기소
   검사가 피의자에 대하여 징역형이나 금고형에 처하는 것보다 벌금형에 처함이 상당하다고 생각되는 경우에는 기소와 동시에 법원에 대하여 벌금형에 처해달라는 뜻의 약식명령을 청구할 수 있는데 이를 약식기소라 함

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관에 관계없이 그 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 아래의 성폭력범죄에 의하여 피해가 발생한 경우만을 보상하여 드리지 않습니다.
1. 계약자 및 피보험자의 고의에 의한 성폭력범죄
2. 보험수익자의 고의에 의한 성폭력범죄. 그러나 보험수익자가 두 사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.
3. 피보험자의 뇌질환으로 생긴 성폭력범죄
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태중에 생긴 성폭력범죄
5. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변 중에 생긴 성폭력범죄

제 3 조 (준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

Ⅲ. 상해질병입원일당담보

62. 24시간상해 입원일당 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 입원("병원" 또는 "의원"을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.) 하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원일당을 지급하고 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도로 합니다.
② 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 180일을 한도로 제1항의 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>
- 입원
  이 보험에서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 의사
  피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.
- 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

63. 24시간상해 입원일당(4일이상 180일한도) 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 (4) 일이상 입원하여 치료를 받은 경우 입원 (4)일째부터 입원일당을 지급하고 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도로 합니다.
② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 "병원" 또는 "의원"을 이전하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
③ 제1항의 경우 피보험자가 보험개시일(책임개시일)이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대해서는 180일 한도로 제1항의 입원일당을 계속 지급하여 드립니다.

제 2 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>
- 입원
  이 보험에서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 의사
  피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.
- 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

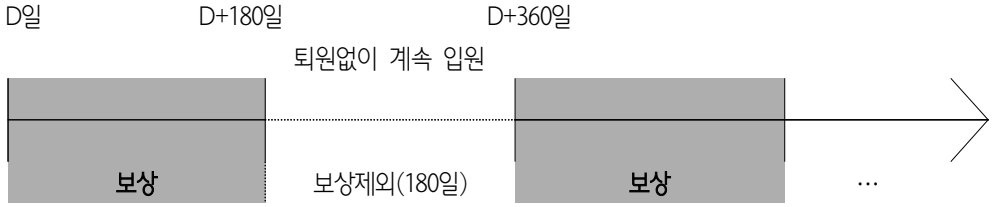
64. 질병입원일당 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원일당을 지급하고 질병일당의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 180일을 한도로 제1항의 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 넘어 계속 입원할 경우 아래의 예시와 같이 180일간의 보상제외기간이 지나면 새로운 질병으로 보아 다시 보상하여 드립니다.



④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 “병원” 또는 “의원”을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

제 2 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 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 약관에 따라 보장합니다.

② 제1항의 ‘청약일로부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

③ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

④ 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 특정질병입원보험금을 지급하며 특정질병입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 특정질병입원보험금을 지급합니다.

제 3 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 보통약관 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유) 에 정한 사항
2. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 입원일당 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술 또는 사고 전 상태로의 성형수술
4. 정상분만, 치과질환.

제 4 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

- 입원
  이 보험에서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 의사
  피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.
- 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

65. 교통상해 입원일당 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에 정한 사고(이하 「교통사고」라 합니다)로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원("병원" 또는 "의원"을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.) 하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원일당을 지급하고 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도로 합니다.

1. 운행 중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중의 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고

② 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 제1항에 정한 교통사고에서 제외합니다.

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

<용어풀이>

- 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  ㉠ 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
  ㉡ 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차,승합자동차,화물자동차,특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
  ㉢ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
  ㉣ 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 경우는 교통수단으로 보지 않습니다)

③ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 180일을 한도로 제1항의 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

제 2 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

- 입원
  이 보험에서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 의사
  피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.
- 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

66. 자원봉사활동중 상해입원일당 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 자원봉사활동을 하는 동안 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원("병원" 또는 "의원"을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.) 하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원일당을 지급하고 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도로 합니다.

② 제1항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료 후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

<용어풀이>

자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

㉠ 사회복지분야에 관한 봉사활동
㉡ 환경보호분야에 관한 봉사활동
㉢ 교육분야에 관한 봉사활동
㉣ 소비자 보호에 관한 봉사활동
㉤ 청소년 선도에 관한 봉사활동
㉥ 범죄 예방에 관한 봉사활동
㉦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동
㉧ 재해 구조에 관한 봉사활동
㉨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
㉩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
㉪ 위 ㉠~㉢과 관련한 해외 봉사활동
㉫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 특별약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 180일을 한도로 제1항의 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

제 2 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

- 입원
  이 보험에서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 의사
  피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.
- 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

67. 요양비 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 상해 또는 보험기간 중 진단확정된 질병으로 인하여 대한민국내 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다)에 181일 이상 입원하는 경우에는 보험증권에 기재된 요양비를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 위 제1항의 경우 입원일수는 하나의 상해 또는 질병을 치료하기 위해서 입원기간을 말하며, 퇴원후 1년이 지난 이후에 재입원하는 경우에는 새로운 상해 또는 질병을 치료하기 위한 입원으로 봅니다.

제 2 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 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 약관에 따라 보장합니다.

② 제1항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

③ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 3 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 성병
2. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
3. 상해나 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
4. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
5. 위생관리, 미모를 위한 성형수술 또는 사고전 상태로의 성형수술
6. 정상분만, 치과질환. 다만 상해로 인한 치과진료 시에는 보상하여 드립니다.

제 4 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

68. 수술비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 【별표10】(수술분류표)에서 정하는 수술을 받았을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 수술비로 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 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 약관에 따라 보장합니다.

② 제1항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

③ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 3 조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「 수술 」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다(【별표10】(수술분류표) 참조).

<신의료기술평가위원회>

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

제 4 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

69. 상해수술비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중 상해의 치료를 직접적인 목적으로 【별표10】(수술분류표)에서 정하는 수술을 받았을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 수술비로 지급합니다.

제 2 조 (수술의 정의와 장소)
이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하"의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다(【별표10】(수술분류표) 참조).

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

제 3 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

Ⅳ. 의료지원비용담보

70. 기본형 실손의료비 특별약관

실손의료비 특별약관은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 특별약관입니다.

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제 1 조 (보장종목)
① 회사가 판매하는 기본형 실손의료비 특별약관은 다음과 같이 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형 및 질병통원형의 4개 이내의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목		보상하는 내용
상해	입원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
질병	입원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

② 회사는 이 약관의 명칭에 '실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제 2 조 (용어의 정의)
이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 <붙임1>과 같습니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

제3조(보장종목별 보상내용)
회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보장종목	보상하는 사항
	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

보장종목	보상하는 사항

(1) 상해입원

구분		보상금액
표준형	입원실료, 입원제비용 입원수술비	'「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)(상급병실료 차액은 제외합니다)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
선택형 II	입원실료, 입원제비용 입원수술비	'「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)'의 90% 해당액과 '비급여주)(상급병실료 차액은 제외하며, 본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)'의 80% 해당액의 합계액. 다만, '급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)'의 10% 해당액과 '비급여주)(상급병실료 차액은 제외하며, 본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)'의 20% 해당액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

주)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

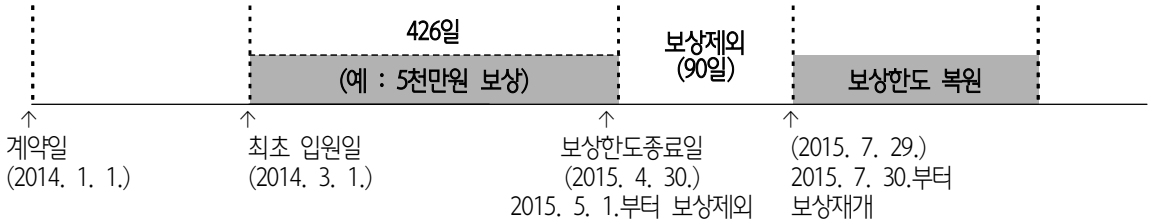
③ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

④ 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.

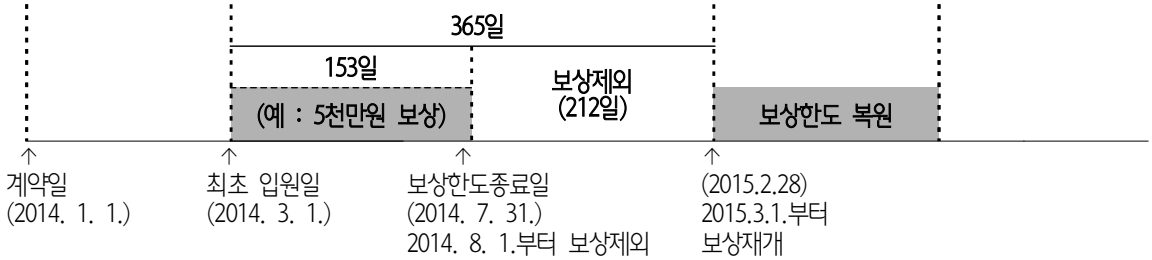
(1) 상해입원

<보상기간 예시>

(ⅰ) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일 - 90일) 이상인 경우



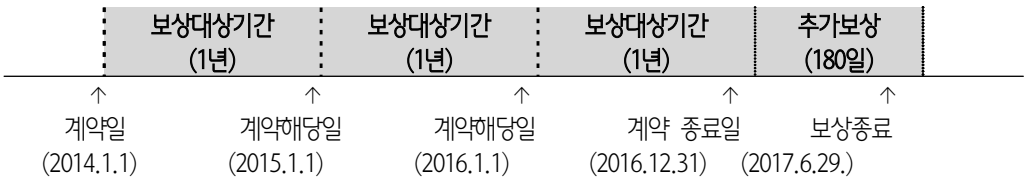
(ⅱ) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일 - 90일) 이내인 경우



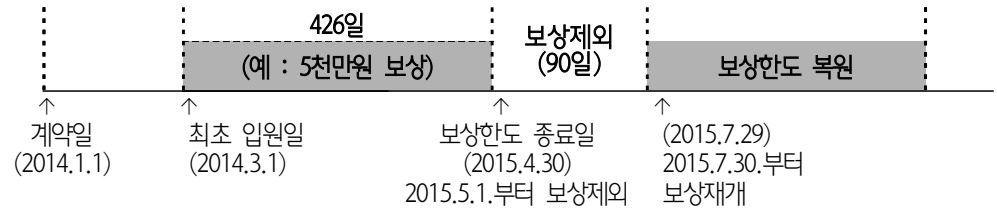
⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항을 적용

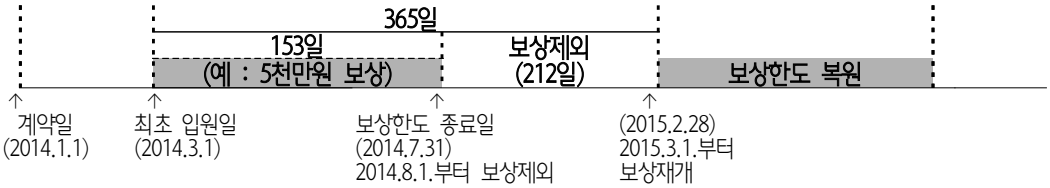
<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td></td><td>합니다.
⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
⑦회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」제4조에 의한 “장기등을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제6항에 따라 보상합니다.</td></tr>
<tr><td>(2)
상해통원</td><td>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.
주1)「국민건강보험법」또는「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여
<table>
<tr><th>구분</th><th>보 상 한 도</th></tr>
<tr><td>외래</td><td>방문 1회당 “「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주1)’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액주2)의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)</td></tr>
<tr><td>처방
조제비</td><td>처방전 1건당 “「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주1)’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액주2)의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)</td></tr>
</table>
또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로「국민건강보험법」또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)
주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액으로 합니다.
<표1 항목별 공제금액>
<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td rowspan="4">표준형</td><td rowspan="3">외래
(외래제비용 및 외래 수술비 합계)</td><td>「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소</td><td>1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td><td>1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원</td><td>2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>처방
조제비</td><td>「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)</td><td>8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td></tr>
<tr><td rowspan="4">선택형 II</td><td rowspan="3">외래
(외래제비용 및 외래 수술비 합계)</td><td>「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소</td><td>1만원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td><td>1만5천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원</td><td>2만원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>처방</td><td>「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항</td><td>8천원과 공제기준금액(보상대상</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(2)
상해통원</td><td>
<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td></td><td>조제비</td><td>제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)</td><td>의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액</td></tr>
</table>
② 보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>


③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 상해로 약국에서 2회 이상의 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.
④ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 보험가입금액[외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다]의 한도 내에서 보상합니다.
⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.</td></tr>
<tr><td>(3)
질병입원</td><td>
① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.
<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">표준형</td><td>입원실료, 입원제비용 입원수술비</td><td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)(상급병실료 차액은 제외합니다)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</td></tr>
<tr><td>상급병실료 차액</td><td>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">선택형 II</td><td>입원실료, 입원제비용 입원수술비</td><td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)'의 90% 해당액과 '비급여주)(상급병실료 차액은 제외하며, 본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)'의 80% 해당액의 합계액. 다만, '급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)'의 10% 해당액과 '비급여주)(상급병실료 차액은 제외하며, 본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)'의 20% 해당액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</td></tr>
<tr><td>상급병실료 차액</td><td>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td></tr>
</table>
주)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)
② 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(3)
질병입원</td><td>
한 금액의 40%를 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.
③ 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도 종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.
<보상기간 예시>
(ⅰ) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일 - 90일) 이상인 경우


(ⅱ) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일 - 90일) 이내인 경우


④ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.
⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항을 적용합니다.
⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
⑦회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」제4조에 의한 “장기등을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제6항에 따라 보상합니다.
</td></tr>
<tr><td>(4)</td><td>
① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보 상 한 도</th></tr>
<tr><td>외래</td><td>방문 1회당 ‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주1)’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액주2)의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)</td></tr>
<tr><td>처방
조제비</td><td>처방전 1건당 ‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주1)’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액주2)의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)</td></tr>
</table>
주1)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)
주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다.
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>질병통원

(4)
질병통원</td><td>

<표1 항목별 공제금액>

<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td rowspan="4">표준형</td><td rowspan="3">외래
(외래 제비용 및 외래 수술비 합계)</td><td>「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소</td><td>1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td><td>1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원</td><td>2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>처방조제비</td><td>「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)</td><td>8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td></tr>
<tr><td rowspan="4">선택형Ⅱ</td><td rowspan="3">외래
(외래 제비용 및 외래 수술비 합계)</td><td>「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소</td><td>1만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td><td>1만5천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원</td><td>2만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>처방조제비</td><td>「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)</td><td>8천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액</td></tr>
</table>

② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>

</td></tr>
</table>

보장종목	보상하는 사항
	 ③ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 질병으로 약국에서 2회 이상 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. ④ "하나의 질병"이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다. ⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다. ⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제 4 조 (보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해입원	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

보장종목	보상하지 않는 사항
	4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다.), 주름살 제거술 등 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, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제6항에 따라 보상합니다. 10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
(2) 상해통원	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는

보장종목	보상하지 않는 사항
	상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다.), 주름살 제거술 등 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, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)상해통원 제1항부터 제4항 및 제6항에 따라 보상합니다. 10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
(3) 질병입원	① 회사는 다음의 사유로 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 ② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) (다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64) ③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(3) 질병입원	6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 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 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다.), 주름살 제거술 등 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, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)질병입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제10항에 따라 보상합니다. 11. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
(4) 질병통원	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) (다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64) ③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종,

보장종목	보상하지 않는 사항
(4) 질병통원	인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 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 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다.), 주름살 제거술 등 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, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용, 간병비 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (4)질병통원 제1항부터 제5항 및 제7항부터 제10항에 따라 보상합니다. 11. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 13. 「응급의료에 관한 법률」동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제4조의2(추가특별약관에서 보상하는 사항)

① 제3조 및 제4조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 기본형 실손의료비 특별약관에서 보상하지 않습니다.

1. 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 발생한 비급여의료비
2. 비급여 주사료[다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품은 보상합니다]
3. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)
4. 제1호, 제2호, 제3호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비

② 제1항 제1호에서 제4호까지 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제4관 보험금의 지급

제 5 조 (보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제 6 조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서 (진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 (보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제4항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표> '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.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 회사는 사실확인이 끝날 때까지 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보장종목별 보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.

⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

<부표> 보험금을 지급할 때의 적립이율

기 간	지 급 이 자
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%)

주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

2. 계약자 등에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 7 조(보험금의 지급절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않

습니다.

제 8 조 (보험금을 받는 방법의 변경)

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

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제 9 조 (주소변경의 통지)

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

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

제 10 조 (대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 하며, 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 연대하여 그 책임을 집니다.

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 11 조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법에 따른 "고지의무"와 같으며, 이하 "계약 전 알릴 의무"라 합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 12 조 (상해보험계약 후 알릴 의무)

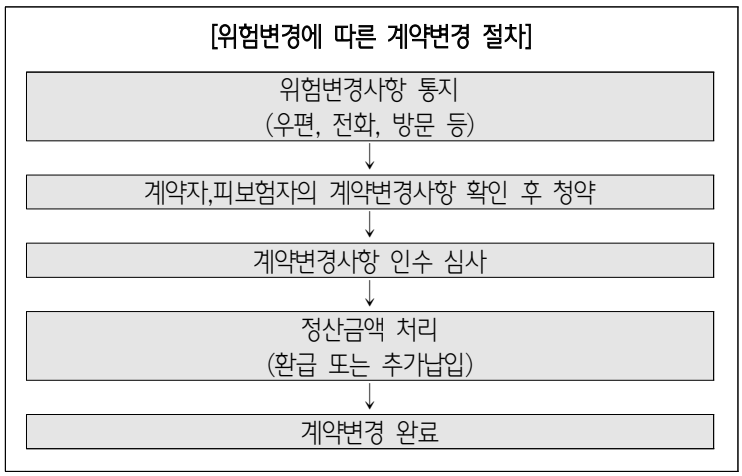
① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 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, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제19조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



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

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

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

제 13 조 (알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제12조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

② 제1항제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
   가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
   나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
   다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

③ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 회사는 제31조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다" 라는 문구와 함께 서면 등으로 알려드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제31조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

⑤ 제1항제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제12조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.

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

제 14 조 (사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제6관 보험계약의 성립과 유지

제 15 조 (보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

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

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 16 조 (청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 철회할 수 없습니다.

1. 진단계약
2. 보험기간이 1년 미만인 계약
3. 전문보험계약자가 체결한 계약

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

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 지나면 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약을 철회할 수 있습니다.

④ 계약자가 청약을 철회하였을 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대해서는 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

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

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

제 17 조 (약관 교부 및 설명 의무 등)

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

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

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

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

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

③ 제1항 단서에도 불구하고 사이버몰 등 인터넷을 이용하여 모집한 경우 회사는 계약자의 별도 동의 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 광기록매체, 전자우편 등 전자적 방법으로 드릴 수 있습니다. 다만, 보험계약자가 서면으로 교부하여 줄 것을 요청하는 경우에는 서면으로 드립니다.

④ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

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

⑤ 제4항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

⑥ 제4항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

⑦ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제 18 조 (계약의 무효)

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

② 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 19 조 (계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.

1. 보험종목 또는 보장종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 보험가입금액 등 그 밖의 계약내용

② 계약자가 제1회 보험료를 납입한 날부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험종목을 변경하여 드립니다.

③ 계약자가 제1항제4호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제31조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

⑤ 계약자가 제4항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

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

제 20 조 (보험나이 등)

① 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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

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

【보험나이 계산 예시】
생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2014년 4월 13일
⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

제 21 조 (계약의 소멸)
피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 22 조 (재가입)
이 계약의 자동갱신종료 후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.

제7관 보험료의 납입

제 23 조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 계약자로부터 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

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

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제11조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제13조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생 시까지 피보험자가 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제 24 조 (제2회 이후 보험료의 납입)
계약자는 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 계약자가 보험료를 납입한 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사가 발행한 증명서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】
계약자가 제2회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 25 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]
① 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른

전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.

③ 회사는 제2항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 회사가 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제31조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제 26 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)]

① 제25조[보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 제31조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'에 1%를 더한 이율의 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무), 제13조(알릴 의무 위반의 효과), 제14조(사기에 의한 계약), 제15조(보험계약의 성립) 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

제 27 조 [강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)]

① 회사는 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제19조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

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

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

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

제8관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제 28 조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제31조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

② 보험금 지급사유 발생으로 회사가 보험금을 지급한 때에도 보험가입금액이 감액되지 않은 경우에는 계약자는 그 보험금 지급사유 발생 후에도 계약을 해지할 수 있습니다.

제 29 조 (중대사유로 인한 해지)

① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제31조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제 30 조 (회사의 파산선고와 해지)

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

② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 제31조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 31 조 (보험료의 환급)

① 이 계약이 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려 드립니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 해지의 경우에는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.

② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효인 경우에는 무효의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

③ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제9관 다수보험의 처리 등

제 32 조 (다수보험의 처리)

① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = (\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}}$$

제 33 조 (연대책임)

① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금 청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제10관 분쟁의 조정 등

제 34 조 (분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자나 그 밖의 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제 35 조 (관할법원)

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

제 36 조 (소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제 37 조 (약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제 38 조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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

제 39 조 (회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

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

③ 회사가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

④ 회사가 제17조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제5항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.

⑤ 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 특별약관의 최초계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 특별약관의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제 40 조 (개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에서 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 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.

제 41 조 (준거법)

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

제 42 조 (예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

<붙임1> 용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분
약국	「약사법」 제2조 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외

용 어	정 의
병원	「국민건강보험법」 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원을 말하며, 조산원은 제외
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원 시 병실료 산정에 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액
보상한도 종료일	회사가 보험가입금액 한도까지 입원의료비를 보상한 기준 입원일자
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우「국민건강보험법」 제42조 제1항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름

용 어	정 의
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 회사가 보장하지 않는 금액
보상책임액	(보상대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해 · 질병 · 간병보험 등 제3보험, 개인연금 · 퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함
도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위
주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제'* *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
항생제(항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제', '화학요법제' 및 '기생동물에 대한 의약품 중 항원충제'* *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
희귀의약품	식품의약품안전처장이「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* *「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.
자기공명영상진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」상의 MRI 범주에 따름)

71. 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 추가특별약관

제 1 조 (보장종목)

① 회사가 판매하는 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 추가특별약관(이하 '추가특별약관'이라 합니다)은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용
피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여주)「도수치료·체외충격파치료·증식치료」를 받은 경우에 보상

주)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

② 회사는 이 추가특별약관의 명칭에 '비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제 2 조 (용어의 정의)

① 이 추가특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어	정 의
도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
체외충격파 치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본형 실손의료비 특별약관 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제 3 조 (보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보상하는 사항

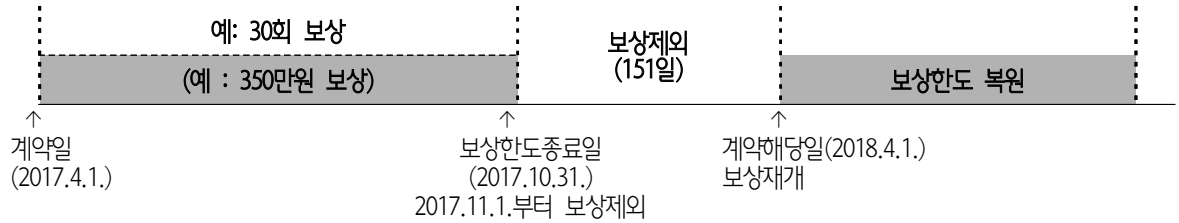
① 회사는 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 도수치료·체외충격파치료·증식치료를 받은 경우 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.

구 분	내 용
보상대상 의료비	「도수치료·체외충격파치료·증식치료」로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)
공제금액	1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 350만원 이내에서 50회[주]까지 보상

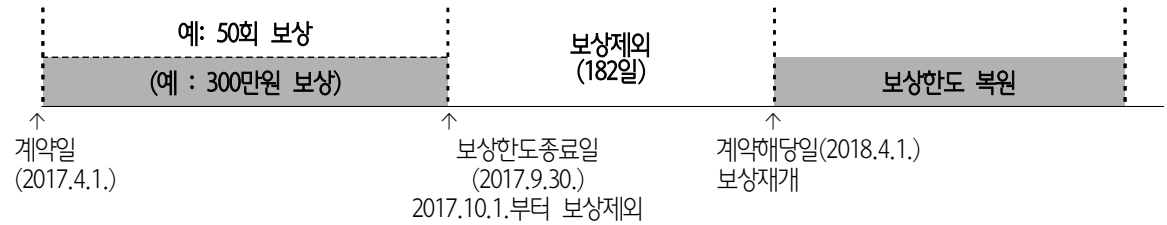
주) 도수치료·체외충격파치료·증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 50회까지 보상합니다.

<보상기간 예시>

(i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 350만원을 모두 보상한 경우



(ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 지급된 보험금이 350만원 미만이나 50회를 모두 보상한 경우



② 병원을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 이 추가특별약관에서 정한 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료 중 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1회로 보고 각각 제1항에서 정한 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.

③ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 행위별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.

④ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

⑤ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액

보상하는 사항

을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>



⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 도수치료·체외충격파치료·증식치료 비급여의료비를 계산합니다.

⑦ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병의 치료 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 도수치료·체외충격파·증식치료를 받은 경우, 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」제4조에 의한 "장기 등을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제6항에 따라 보상합니다.

제 4 조 (보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

보상하지 않는 사항

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)

④ 회사는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인

보상하지 않는 사항
공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 제3조(보상내용)에 따라 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 5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다. 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.), 주름살 제거술 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, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다. 9. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다) 10.「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 11.「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제 5 조 (추가특별약관의 소멸)

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

제 6 조 (준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

72. 비급여 주사료 실손의료비 추가특별약관

제 1 조 (보장종목)

① 회사가 판매하는 비급여 주사료 실손의료비 추가특별약관(이하 '추가특별약관'이라 합니다)은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용
피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여[주]에 해당하는 주사료를 부담하는 경우에 보상

주)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

② 회사는 이 추가특별약관의 명칭에 '비급여 주사료 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제 2 조 (용어의 정의)

① 이 추가특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어	정 의
주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대

용 어	정 의
항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제'* *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제', '화학요법제' 및 '기생동물에 대한 의약품 중 항원충제'* *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
희귀의약품	식품의약품안전처장이「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* *「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본형 실손의료비 특별약관 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제 3 조 (보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

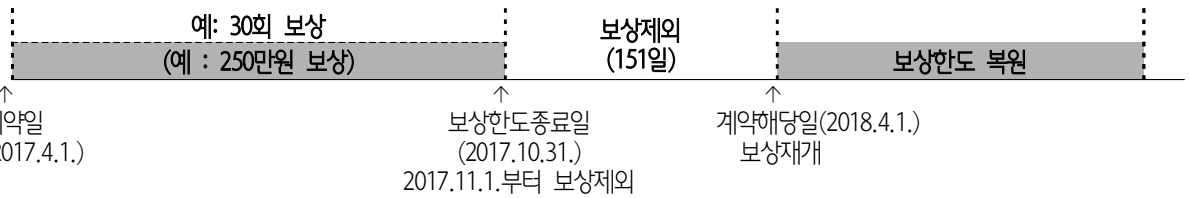
보상하는 사항

① 회사는 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.

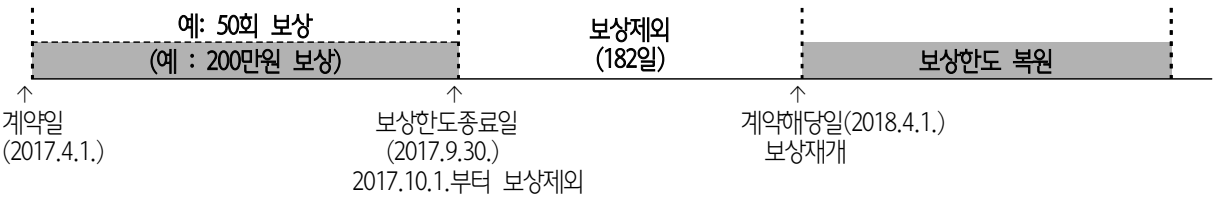
구 분	내 용
보상대상 의료비	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료
공제금액	입원·통원 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 250만원 이내에서 입원과 통원을 합산하여 50회까지 보상

<보상기간 예시>

(i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 250만원을 모두 보상한 경우



(ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 지급된 보험금이 250만원 미만이나 50회 모두 보상한 경우



② 제1항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품를 위해 사용된 비급여 주사료는 기본형 실손의료비 특별약관에서 보상합니다.

③ 병원을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 제1항에서 정한 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.

④ 제3항에서 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 질병 또는 상해 치료목적으로 퇴원 당일 다른 병원으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다.

⑤ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액을 결정하기 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.

⑥ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니

보상하는 사항

다.

⑦ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여횟수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>



⑧ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 비급여 주사료를 계산합니다.

⑨ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병의 치료 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 도수치료·체외충격파·증식치료를 받은 경우, 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」제4조에 의한 "장기 등을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제8항에 따라 보상합니다.

제 4 조 (보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

보상하지 않는 사항

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)

④ 회사는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 예방

보상하지 않는 사항
접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다. 3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 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 5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다. 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.), 주름살 제거술 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, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다. 9. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다) 10.「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 11.「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 12. 증식치료로 인하여 발생하는 주사료 및 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생하는 약제비 또는 조영제에 해당하는 의료비

제 5 조 (추가특별약관의 소멸)

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

제 6 조 (준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

73. 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 추가특별약관

제 1 조 (보장종목)

① 회사가 판매하는 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 추가특별약관(이하 '추가특별약관'이라 합니다)은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용
피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여[주] 자기공명영상진단을 받은 경우에 보상

주)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

② 회사는 이 추가특별약관의 명칭에 '비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제 2 조 (용어의 정의)

① 이 추가특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어	정 의
자기공명영상진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」상의 MRI 범주에 따름)

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본형 실손의료비 특별약관 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제 3 조 (보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보상하는 사항

① 회사는 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.

② 병원을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 추가특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 추가특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.

구 분	내 용
보상대상 의료비	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)
공제금액	1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 연간 300만원 한도 내에서 보상

③ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

④ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 보상금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>



⑤ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 의료비를 계산합니다.

⑥ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병의 치료 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 자기공명영상진단을 받은 경우, 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」제4조에 의한 "장기 등을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제5항에 따라 보상합니다.

제 4 조 (보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

보상하지 않는 사항

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우

보상하지 않는 사항
5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64) ④ 회사는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비 2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다. 3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 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 5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다. 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.), 주름살 제거술 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, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다. 9. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다) 10.「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 11.「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을

보상하지 않는 사항
이용하면서 발생한 응급의료관리료

제 5 조 (추가특별약관의 소멸)
피보험자의 사망으로 인하여 이 추가특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 6 조 (준용규정)
이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

74. 국민건강보험 미가입자 추가특별약관

제 1 조 (적용대상)
이 추가특별약관의 피보험자는 기본형 실손의료비 특별약관에 가입한 피보험자 중 국민건강보험법의 적용을 받지 아니하는 자로 합니다.

제2조(계약후 알릴의무)
① 보험기간 중에 피보험자가 국민건강보험법에 정한 자격을 취득하였을 때 계약자는 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
② 피보험자가 국민건강보험법에 정한 자격을 취득한 경우 그 사실이 발생된 날로부터 이 추가특별약관은 해지되며 회사는 경과하지 아니한 기간에 대하여 일단위로 계산한 정해진 보험료를 환급하여 드립니다.

제3조(보장내용)
기본형 실손의료비 특별약관의 제3조 및 제4조에도 불구하고 이 추가특별약관의 피보험자에 대해서는 국민건강보험 가입자와 동일하게 기본형 실손의료비 특별약관을 적용합니다. 다만, 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받지 못한 피보험자의 본인부담의료비는 이 추가특별약관에도 불구하고 기본형 실손의료비 특별약관 제3조 및 제4조에 따라 보상하여 드립니다.

제4조(준용규정)
이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

75. 질병확장보장 추가특별약관(Ⅰ)

제 1 조 (보장내용)
회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (3)질병입원의료비 제2항, 제8항, 제9항 및 제10항 또는 (4)질병통원의료비 제5항, 제8항, 제9항 및 제10항, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 추가특별약관 제3조(보상내용) 제5항, 제8항, 제9항 및 제10항, 비급여 주사료 실손의료비 추가특별약관 제3조(보상내용) 제7항, 제10항, 제11항 및 제12항, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 추가특별약관 제3조(보상내용) 제4항, 제7항, 제8항 및 제9항에도 불구하고 피보험자가 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 질병의 경우에도 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (3)질병입원의료비 또는 (4)질병통원의료비, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 추가특별약관 제3조(보상내용), 비급여 주사료 실손의료비 추가특별약관 제3조(보상내용), 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 추가특별약관 제3조(보상내용)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조 (준용규정)
이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 추가특별약관, 비급여 주사료 실손의료비 추가특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 추가특별약관을 따릅니다.

76. 상해확장보장 추가특별약관

제1조(보장내용)
① 회사는 기본형 실손의료비 특별약관, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 추가특별약관, 비급여 주사료 실손의료비 추가특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 추가특별약관에서 정한 상해(보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고)에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고(이

하 「사고」라고 합니다)로 인하여 보험기간 중 병원에 입원을 개시하여 치료를 받은 경우 또는 보험기간 중 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에도 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해입원의료비 또는 (2)상해통원의료비, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 추가특별약관 제3조(보상내용), 비급여 주사료 실손의료비 추가특별약관 제3조(보상내용), 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 추가특별약관 제3조(보상내용)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고는 보상하지 않습니다.

③ 제1항의 사고로 최초로 입원개시한 날을 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해입원의료비 제4항에서 정한 최초 입원일로 봅니다. 다만, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 추가특별약관, 비급여 주사료 실손의료비 추가특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 추가특별약관은 동 조항이 적용되지 않습니다.

④ 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 익일이내에 기본형 실손의료비 특별약관, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 추가특별약관, 비급여 주사료 실손의료비 추가특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 추가특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다.

제 2 조 (준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 추가특별약관, 비급여 주사료 실손의료비 추가특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 추가특별약관을 따릅니다.

77. 질병입원의료비 출산확장 추가특별약관

제 1 조 (보장내용)

① 회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (3) 질병입원의료비 제2항 제3호에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제8차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99)로 입원하여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (3) 질병입원의료비에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다. 이 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원에서 발생한 비용은 보상하지 않습니다.

제 2 조 (보상하지 않는 사항)

회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (3) 질병입원의료비에서 정한 사항(제2항 제3호는 제외), 기본형 실손의료비 특별약관 제 4조의 2(추가특별약관에서 보상하는 사항) 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)
2. 양수검사, 기형아검사
3. 철분제 등의 영양제 및 영양수액

제 3 조 (보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 질병입원의료비의 보상한도는 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (3) 질병입원의료비 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제 4 조 (준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

78. 질병통원의료비 출산확장 추가특별약관

제 1 조 (보장내용)

① 회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (4) 질병통원의료비 제2항 제3호에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제8차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99)로 통원하여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (4) 질병통원의료비에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다. 이 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원에서 발생한 비용은 보상하지 않습니다.

제 2 조 (보상하지 않는 사항)

회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (4) 질병통원의료비에서 정한 사항(제2항 제3호는 제외), 기본형 실손의료비 특별약관 제 4조의 2(추가특별약관에서 보상하는 사항) 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)
2. 양수검사, 기형아검사
3. 철분제 등의 영양제 및 영양수액

제 3 조 (보상한도)
이 추가특별약관의 보상을 포함한 질병입원의료비의 보상한도는 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (4) 질병통원의료비 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제 4 조 (준용규정)
이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

79. 입원의료비 한방(비급여) 추가특별약관

제 1 조 (보장내용)
회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1) 상해입원의료비 제3항 제1호 또는 (3) 질병입원의료비 제3항 제1호, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 추가특별약관 제4조(보상하지 않는 사항) 제4항 제1호, 비급여 주사료 실손의료비 추가특별약관 제4조(보상하지 않는 사항) 제4항 제1호, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 추가특별약관 제4조(보상하지 않는 사항) 제4항 제1호에도 불구하고 피보험자가 한방병원 또는 한방의원에 입원하여 한방치료에서 발생한 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하지 않는 비급여 의료비를 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1) 상해입원의료비 또는 (3) 질병입원의료비, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 추가특별약관 제3조(보상내용), 비급여 주사료 실손의료비 추가특별약관 제3조(보상내용), 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 추가특별약관 제3조(보상내용)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조 (보상하지 않는 사항)
회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1) 상해입원의료비 또는 (3) 질병입원의료비에서 정한 사항(제3항 제1호의 한방치료에서 발생한 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하지 않는 비급여 의료비는 제외) 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 수기요법, 전자요법, 온열요법, 향기요법, 목욕요법 등 일체의 한방물리요법
2. 차멀미, 금연, 폐경기, 노화 등 질병 치료 이외의 목적으로 시술한 침술
3. 상해 및 질병의 치료 목적이 아닌 단순한 건강검진을 위한 투약 및 첩약

제 3 조 (보상한도)
이 추가특별약관의 보상을 포함한 상해입원의료비 또는 질병입원의료비, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 입원의료비, 비급여 주사료 입원의료비, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 입원의료비는 각각 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1) 상해입원의료비 또는 (3) 질병입원의료비 보험가입금액, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 입원의료비 특별약관 제3조(보상내용)의 보상한도, 비급여 주사료 입원의료비 입원의료비 특별약관 제3조(보상내용)의 보상한도, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 입원의료비 특별약관 제3조(보상내용)의 보상한도를 한도로 보상하여 드립니다.

제 4 조 (준용규정)
이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 추가특별약관, 비급여 주사료 실손의료비 추가특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 추가특별약관을 따릅니다.

80. 입원의료비 치과(비급여) 추가특별약관

제 1 조 (보장내용)
회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1) 상해입원의료비 제3항 제1호 또는 (3) 질병입원의료비 제3항 제1호, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 추가특별약관 제4조(보상하지 않는 사항) 제4항 제1호, 비급여 주사료 실손의료비 추가특별약관 제4조(보상하지 않는 사항) 제4항 제1호, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 추가특별약관 제4조(보상하지 않는 사항) 제4항 제1호에도 불구하고 피보험자가 치과병원 또는 치과의원에 입원하여 치과치료에서 발생한 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하지 않는 비급여 의료비를 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1) 상해입원의료비 또는 (3) 질병입원의료비, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 추가특별약관 제3조(보상내용), 비급여 주사료 실손의료비 추가특별약관 제3조(보상내용), 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 추가특별약관 제3조(보상내용)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조 (보상하지 않는 사항)
회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1) 상해입원의료비 또는 (3) 질병입원의료비에서 정한 사항(제3항 제1호의 한방치료에서 발생한 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하지 않는 비급여 의료비는 제외) 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 교정, 의치 및 임플란트로 인한 의료비
2. 치아미백 등 심미적 시술로 인한 비용

제 3 조 (보상한도)
이 추가특별약관의 보상을 포함한 상해입원의료비 또는 질병입원의료비, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 입원의료비, 비급여 주사료 입원의료비, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 입원의료비는 각각 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1) 상해입원의료비 또는 (3) 질병입원의료비 보험가입금액, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 입원의료비 특별약관 제3조(보상내용)의 보상한도, 비급여 주사료 입원의료비 입원의료비 특별약관 제3조(보상내용)의 보상한도, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 입원의료비 특별약관 제3조(보상내용)의 보상한도를 한도로 보상하여 드립니다.

제 4 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 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 약관에 따라 보장합니다.
② 제1항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
③ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 5 조 (준용규정)
이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 추가특별약관, 비급여 주사료 실손의료비 추가특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 추가특별약관을 따릅니다.

Ⅴ. 질병위험담보

81. 질병사망 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 3 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 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 약관에 따라 보장합니다.
② 제1항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
③ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 4 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

82. 질병80%이상 후유장해 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(보험가입금액 전액)

제 2 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
③ 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 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 약관에 따라 보장합니다.
④ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑤ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑥ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
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.
⑧ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 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.
⑪ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

83. 암진단 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암(기타 피부암, 갑상선암 제외)으로 진단확정된 경우 또는 피보험자가 보험기간 중 기타 피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액에 아래의 지급비율을 곱한 금액을 각각 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

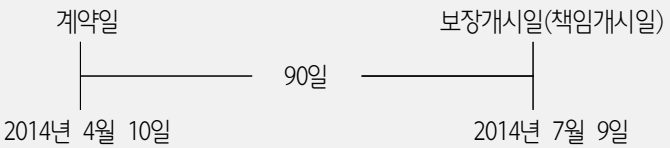
구 분	지급비율(%)
암 진단확정시 (기타 피부암, 갑상선암 제외)	100%
갑상선암 진단확정시	( )%
기타 피부암 진단확정시	( )%
제자리암 진단확정시	( )%
경계성종양 진단확정시	( )%

② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 암(기타 피부암, 갑상선암 제외)의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 하며, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.

1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우

③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ( )일을 90일 이상으로 확대할 수 없습니다.

【암의 보장개시일(책임개시일) 계산 예시】



* 단, 『기타피부암』, 『제자리암』,『경계성종양』및『갑상선암』에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제 2 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 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 약관에 따라 보장합니다.

② 제1항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

③ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 3 조 (암의 정의 및 진단확정)

①「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

②「기타 피부암」이라 함은 제1항에서 정한「암」중에서【별표2】악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병(【별표5】제자리 신생물분류표 참조)을 말합니다.

④「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표6】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

⑤「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한「암」중에서【별표2】악성신생물(암)분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 암, 제자리암 또는 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표13】이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제 4 조 (계약의 무효)

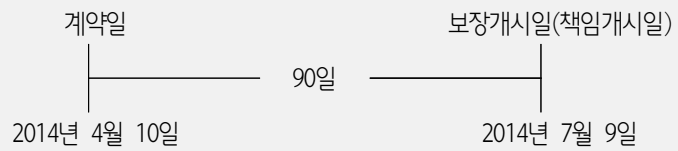
피보험자가 보험계약일로부터 제1조 (보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암보장개시일 이전에 「암」으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료는 돌려 드립니다.

제 5 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

84. 특정암진단 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중 특정암에 대한 보장개시일 이후에 특정암으로 진단확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.
② 제1항의 특정암에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그 날을 포함하여 ( )일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.
1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우
③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ( )일을 90일 이상으로 확대할 수 없습니다.

【암의 보장개시일(책임개시일) 계산 예시】



제 2 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 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 약관에 따라 보장합니다.
② 제1항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
③ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 3 조 (특정암의 정의 및 진단확정)
①「특정암」이라 함은 해당 피보험자가 남자인 경우에는 「3대암」을, 여자인 경우에는「여성특정암」을 말합니다(이하 「3대암」 및 「여성특정암」을 「특정암」이라 합니다)
1.「3대암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「3대암」으로 분류되는 질병(【별표3】3대암 분류표 참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (premalignant condition or condition with maligant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.
2.「여성특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「여성특정암」으로 분류되는 질병(【별표4】(여성특정암 분류표)참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (premalignant condition or condition with maligant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.
② 특정암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 특정암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표13】이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제 4 조 (계약의 무효)
피보험자가 보험계약일로부터 제1조 (보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암보장개시일 이전에 「암」으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료는 돌려 드립니다.

제 5 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

85. 암 수술비 특별약관

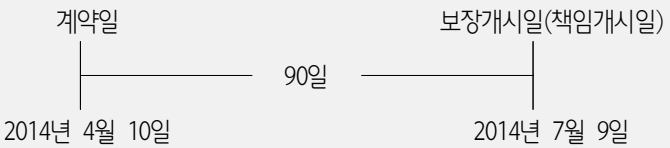
제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단확정되고 그 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받거나 또는 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 이후 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받을 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 수술에 대한 수술비만을 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
암(기타 피부암, 갑상선암 제외) 수술시	보험가입금액의 100%
갑상선암 수술시	보험가입금액의 ( )%
기타 피부암 수술시	보험가입금액의 ( )%
제자리암 수술시	보험가입금액의 ( )%
경계성종양 수술시	보험가입금액의 ( )%

② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 암(기타 피부암, 갑상선암 제외)의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 하며, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.
1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우

③ 회사는 제2항의 보험기간 중 위험을 보장하지 않는 기간 ( )일을 90일 이상으로 확대할 수 없습니다.

【암의 보장개시일(책임개시일) 계산 예시】



* 단, 『기타피부암』, 『제자리암』,『경계성종양』및『갑상선암』에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제 2 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 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 약관에 따라 보장합니다.
② 제1항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
③ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 3 조 (암의 정의 및 진단확정)
①「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.
②「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한「암」중에서【별표2】악성신생물(암)분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
③「기타 피부암」이라 함은 제1항에서 정한「암」중에서【별표2】악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

④「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5】제자리 신생물분류표 참조)을 말합니다.
⑤「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표6】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.
⑥ 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 또는 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80【별표13】이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제 4 조 (수술의 정의와 장소)
이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

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

제 5 조 (계약의 무효)
피보험자가 보험계약일로부터 제1조 (보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암보장개시일 이전에 「암」으로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료는 돌려 드립니다.

제 6 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

86. 암 입원일당 특별약관

86-1. 암 입원일당(요양병원 제외) 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단확정되고 그 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 (4일)이상 입원하여 치료를 받은 경우 또는 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 이후 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 (4)일 이상 입원하여 치료를 받은 경우, 각각 (4)일째 입원일로부터 입원 1일당 아래의 지급금액을 암 입원일당으로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

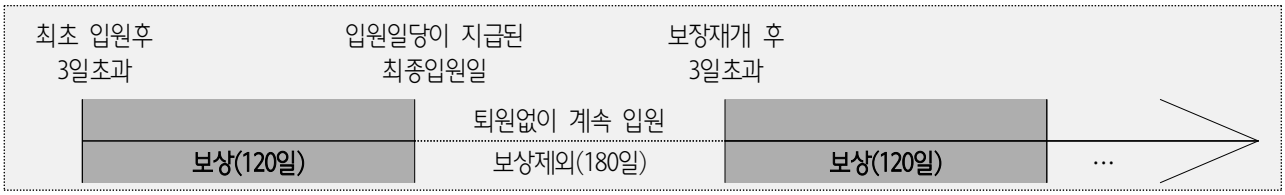
구 분	지급금액
암(기타 피부암, 갑상선암 제외)	3일초과 1일당 보험가입금액의 100%
갑상선암	3일초과 1일당 보험가입금액의 ( )%
기타 피부암	3일초과 1일당 보험가입금액의 ( )%
제자리암	3일초과 1일당 보험가입금액의 ( )%
경계성종양	3일초과 1일당 보험가입금액의 ( )%

② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 암(기타 피부암, 갑상선암 제외)의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 하며, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.
1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우

3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우

③ 제1항의 암 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 (120)일을 최고한도로 합니다.

④ 동일한 암(기타 피부암, 갑상선암 제외), 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 암(기타 피부암, 갑상선암 제외), 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 입원이라도 암 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 암(기타 피부암, 갑상선암 제외), 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3항의 규정에 따라 암(기타 피부암, 갑상선암 제외), 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양 입원일당을 계속 지급하여 드립니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암(기타 피부암, 갑상선암 제외), 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제 2 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 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 약관에 따라 보장합니다.

② 제1항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

③ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

④ 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 특정질병입원보험금을 지급하며 특정질병입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 특정질병입원보험금을 지급합니다.

제 3 조 (암의 정의 및 진단확정)

①「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

②「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한「암」중에서【별표2】악성신생물(암)분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

③「기타 피부암」이라 함은 제1항에서 정한「암」중에서【별표2】악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

④「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5】제자리 신생물분류표 참조)을 말합니다.

⑤「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표6】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

⑥ 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표13】이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제 4 조 (암의 직접적인 치료의 정의) ① "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치

료 등이 포함됩니다.
③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제 5 조 (입원의 정의와 장소)
① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에 있어서 「암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 주된 목적으로 하는 경우에만 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단된 경우에는 이는 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
③ 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제 6 조 (단체나이의 지정) 단체계약의 보험료 산출시 단체의 평균보험료나이 또는 평균나이를 적용할 수 있습니다.

제 7 조 (준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

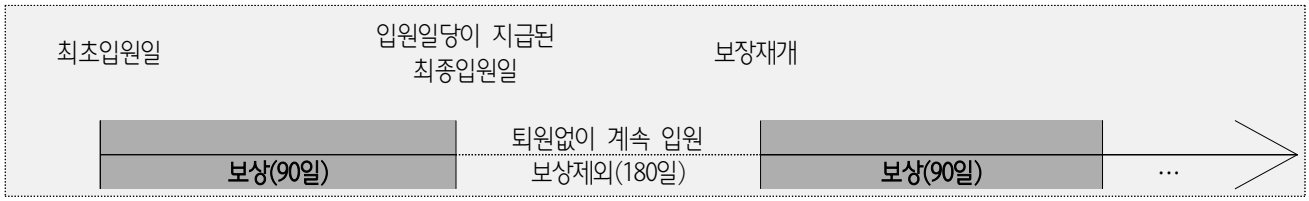
86-2. 암 입원일당(요양병원) 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단확정되고 그 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외)의 치료를 목적으로 요양병원에 (1일)이상 입원하여 치료를 받은 경우 또는 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 이후 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 요양병원에 (1)일 이상 입원하여 치료를 받은 경우, 각각 입원일로부터 입원 1일당 아래의 지급금액을 암 입원일당으로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
암(기타 피부암, 갑상선암 제외)	1일당 보험가입금액의 100%
갑상선암	1일당 보험가입금액의 ( )%
기타 피부암	1일당 보험가입금액의 ( )%
제자리암	1일당 보험가입금액의 ( )%
경계성종양	1일당 보험가입금액의 ( )%

② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 암(기타 피부암, 갑상선암 제외)의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 하며, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 적용하지 않습니다.
1. 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우
2. 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우
3. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우
③ 제1항의 암 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 (90)일을 최고한도로 합니다.
④ 동일한 암(기타 피부암, 갑상선암 제외), 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 암(기타 피부암, 갑상선암 제외), 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 입원이라도 암 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입

원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 암(기타 피부암, 갑상선암 제외), 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3항의 규정에 따라 암(기타 피부암, 갑상선암 제외), 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양 입원일당을 계속 지급하여 드립니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암(기타 피부암, 갑상선암 제외), 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제 2 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 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 약관에 따라 보장합니다.

② 제1항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

③ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

④ 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 특정질병입원보험금을 지급하며 특정질병입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 특정질병입원보험금을 지급합니다.

제 3 조 (암의 정의 및 진단확정)

①「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】악성신생물(암)분류표 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

②「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한「암」중에서【별표2】악성신생물(암)분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

③「기타 피부암」이라 함은 제1항에서 정한「암」중에서【별표2】악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

④「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표5】제자리 신생물분류표 참조)을 말합니다.

⑤「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표6】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

⑥ 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표13】이차성 악성신생물 분류표 참조) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제 4 조 (입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제 5 조 (단체나이의 지정) 단체계약의 보험료 산출시 단체의 평균보험료나이 또는 평균나이를 적용할 수 있습니다.

제 6 조 (준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

87. 과로사 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 피보험자가 과중한 업무부담의 지속으로 인하여 업무를 하던 중(이하 "업무중"이라 합니다)【별표18】과로사 관련 질병 분류표에서 정하는 뇌혈관질환 내지 심질환의 급격한 발현 또는 악화로 돌연히 사망(이하 "돌연한 사망"이라 합니다)하게 된 경우(이하 "과로사"라 합니다)에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 과로사 보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항의 "과중한 업무부담의 지속"이란 다음 각 호의 하나 이상의 상태가 사망일 직전에 지속된 것을 말합니다.

1. 직전 3일 이상 연속적으로 일상업무보다 30% 이상 업무량과 시간이 증가
2. 월 50시간 이상의 잔업
3. 직전 1개월 내의 소정 휴일의 반이상의 출근 근무
4. 직전 1개월 내의 10일 이상의 지방출장(격지에의 단신부임을 포함합니다)
5. 직전 1주일 이내의 근무환경의 급격한 변화로 인정되는 전환배치
6. 직전 24시간 이내의 일반인이 적응하기 어렵다고 여겨지는 근로의 수행

③ 제1항의 "업무중" 및 "돌연한 사망"이란 아래의 경우를 말합니다.

1. 업무중이란 피보험자의 통상적인 근무장소(출장지를 포함합니다)에서 근무 중일 때와 그 근무장소로의 이동중인 교통수단 안에서 이동 중일 때 및 통상적인 거주지(출장지에서의 숙박장소 포함)에서의 수면중인 경우를 말합니다.
2. 돌연한 사망이란 피보험자가 제1항에서 정한 뇌혈관질환 내지 심질환에 의한 병변의 발증 내지 악화로 의식불명상태가 되고 그것을 직접원인으로하여 그날로 부터 4주이내 사망(뇌사상태를 포함합니다)한 것을 말합니다.

제 2 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 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 약관에 따라 보장합니다.

② 제1항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

③ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 3 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 아래와 같은 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 기왕의 질환이 자연발생적으로 악화되었음에 대한 의학적 소견이 있을 때
2. 과도, 격렬한 운동중 또는 통상적인 주량을 초과하는 음주로 인하여 사망한 때
3. 싸움, 폭행, 과도한 언쟁 등 업무와 관계없는 사건으로 사망한 때

제 4 조 (보험금 청구시 구비서류)

① 계약자, 피보험자 또는 수익자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 구비서류 및 사고증명서(사망진단서, 사체검안서, 부검소견서, 발병진단서 등)을 제출하여야 합니다.

② 회사는 필요한 경우에는 피보험자, 그와 세대를 같이 하는 친족 또는 피보험자 근무회사의 임직원 등을 대상으로 사고상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

제 5 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

88. 과로사관련 특정질병 사망 및 80%이상 후유장해 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 과로사관련 특정질병(【별표19】 과로사관련 특정질병 분류표 참조)으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금
2. 보험기간 중에 진단확정된 제1호의 질병으로 인하여 장해분류표(【별표1】참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(보험가입금액 전액)

제 2 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 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 약관에 따라 보장합니다.

④ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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.

⑧ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 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.

⑪ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

89. 마라톤 질병사망 및 80%이상 후유장해 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 마라톤대회 참가 중에 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 마라톤관련 특정질병(【별표20】마라톤관련 특정질병 분류표 참조, 이하 같습니다.)으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금
2. 보험기간 중에 진단확정된 제1호의 질병으로 인하여 장해분류표(【별표1】참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(보험가입금액 전액)

② 제1항의 마라톤대회 참가중이라 함은 마라톤대회에 주자로 출발하여 마라톤대회를 마치고 해산하기 전까지를 말합니다.

제 2 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 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 약관에 따라 보장합니다.

④ 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해

지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑤ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑥ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
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.
⑧ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 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.
⑪ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

90. 1~5종 수술비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 【별표24】수술분류표(1~5종)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술1회당 수술 종류에 따라 1~5종 수술비를 지급합니다.

구 분	진 단 확 정 보 험 금
1종 수술	보험가입금액의 ( ) %
2종 수술	보험가입금액의 ( ) %
3종 수술	보험가입금액의 ( ) %
4종 수술	보험가입금액의 ( ) %
5종 수술	보험가입금액의 ( ) %

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 1~5종 수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당한 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.
② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 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.

제 3 조(수술의 정의와 장소)
이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것)등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

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

제 4 조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

91. 급성심근경색증 진단비담보 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단확정된 경우 보험수익자에게 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	진 단 확 정 보 험 금
급성심근경색증 진단확정시	보험가입금액의 100% (단, 최초 1회에 한하여 지급)

제 2 조 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에 있어서 『급성심근경색증』이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병 (별표7【급성심근경색증 분류표】참조) 을 말합니다.
② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
(1) 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
(2) 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제 3 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 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 약관에 따라 보장합니다.
② 제1항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
③ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 4 조 (손해보상후의 계약)
회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 5 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

92. 뇌졸중진단비 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 뇌졸증으로 진단확정된 경우 보험수익자에게 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	진 단 확 정 보 험 금
뇌졸중 진단확정시	보험가입금액의 100% (단, 최초 1회에 한하여 지급)

제 2 조 (뇌졸증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 『뇌졸증』이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌졸증으로 분류되는 질병 (별표8【뇌졸증 분류표】참조) 을 말합니다.
② 뇌졸증의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 신경학적 검진과 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술(MRA), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
(1) 보험기간 중 뇌졸증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
(2) 부검감정서상 사인이 뇌졸증으로 확정되거나 추정되는 경우

제 3 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 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 약관에 따라 보장합니다.
② 제1항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
③ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 4 조 (손해보상후의 계약)
회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸증 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 5 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

93. 뇌출혈진단비 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 뇌출혈으로 진단확정된 경우 보험수익자에게 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

제 2 조 (뇌출혈의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에 있어서 『뇌출혈』이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌출혈으로 분류되는 질병 (별표9【뇌출혈 분류표】참조) 을 말합니다.

구 분	진 단 확 정 보 험 금
뇌출혈 진단확정시	보험가입금액의 100% (단, 최초 1회에 한하여 지급)

② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 신경학적 검진과 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술(MRA), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
(1) 보험기간 중 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
(2) 부검감정서상 사인이 뇌출혈로 확정되거나 추정되는 경우

제 3 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 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 약관에 따라 보장합니다.
② 제1항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

③ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 4 조 (손해보상후의 계약)
회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 5 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

94. 뇌혈관질환 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간중 뇌혈관질환으로 진단확정된 경우 보험수익자에게 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	진 단 확 정 보 험 금
뇌혈관질환 진단확정시	보험가입금액의 100% (단, 최초 1회에 한하여 지급)

제 2 조 (뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에 있어서 『뇌혈관질환』이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병(별표22【뇌혈관질환 분류표】참조)을 말합니다.
② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
(1) 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
(2) 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제 3 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 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 약관에 따라 보장합니다.
② 제1항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
③ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 4 조 (손해보상후의 계약)
회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 5 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

95. 허혈성심장질환 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간중 허혈성심장질환으로 진단확정된 경우 보험수익자에게 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

제 2 조 (허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

구 분	진 단 확 정 보 험 금
허혈성심장질환 진단확정시	보험가입금액의 100% (단, 최초 1회에 한하여 지급)

① 이 특별약관에 있어서 『허혈성심장질환』이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심장질환으로 분류되는 질병(별표23 【허혈성심장질환 분류표】참조)을 말합니다.
② 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
(1) 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
(2) 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

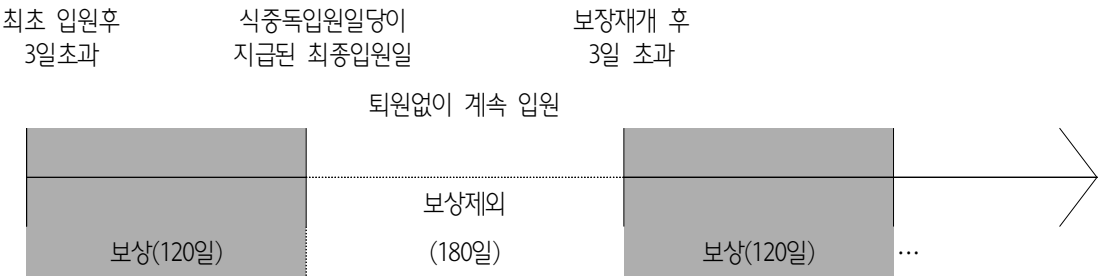
제 3 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 회사가 보통약관 제17조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
② 제1항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
③ 보통약관 제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 4 조 (손해보상후의 계약)
회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 5 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

96. 식중독 입원일당(4일이상) 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 보험기간 중 피보험자가 보험기간 중에 식중독으로 진단확정하고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 4일이상 계속 입원한 경우에는 3일초과 입원 1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 식중독 입원일당으로 피보험자)에게 지급하여 드립니다.
② 제1항의 『식중독』이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써 【별표16】(식중독 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 제1항의 식중독입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
④ 피보험자(보험수익자)가 동일한 식중독의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.
⑤ 피보험자가 동일한 식중독에 대한 입원이라도 식중독 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 넘어 계속 입원할 경우 아래의 예시와 같이 180일간의 보상제외기간이 지나면 새로운 질병으로 보아 다시 보상하여 드립니다.



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

⑦ 피보험자가 “병원” 또는 “의원”을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

제 2 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 특정질병입원보험금을 지급하며 특정질병입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 특정질병입원보험금을 지급합니다.

제 3 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

- 입원
  이 보험에서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 의사
  피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.
- 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

97. 자원봉사활동중 식중독 입원일당(4일이상) 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 음식물의 섭취로 인해 중독(이하 『식중독』이라 합니다.)이 발생하고 그 식중독의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 4일이상 계속 입원한 경우에는 3일초과 입원 1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 식중독 입원일당으로 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료 후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

<용어풀이>

자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

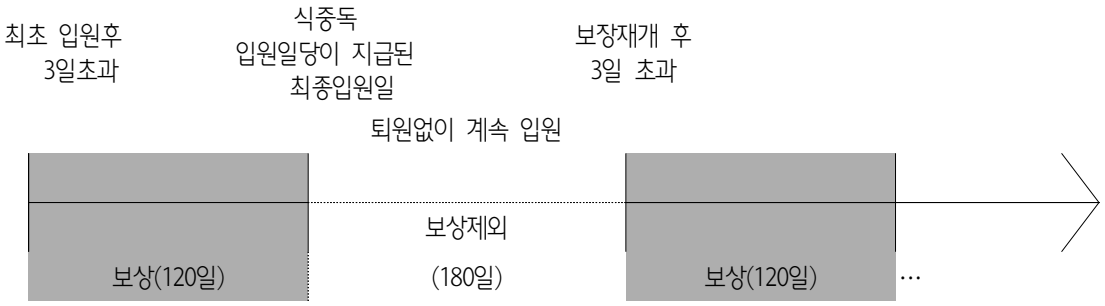
㉠ 사회복지분야에 관한 봉사활동
㉡ 환경보호분야에 관한 봉사활동
㉢ 교육분야에 관한 봉사활동
㉣ 소비자 보호에 관한 봉사활동
㉤ 청소년 선도에 관한 봉사활동
㉥ 범죄 예방에 관한 봉사활동
㉦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동
㉧ 재해 구조에 관한 봉사활동
㉨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
㉩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
㉪ 위 ㉠~㉢과 관련한 해외 봉사활동
㉫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 특별약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

③ 제1항의 『식중독』이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써 【별표16】(식중독 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 제1항의 식중독입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

⑤ 피보험자(보험수익자)가 동일한 식중독의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.
⑥ 피보험자가 동일한 식중독에 대한 입원이라도 식중독 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 넘어 계속 입원할 경우 아래의 예시와 같이 180일간의 보상제외기간이 지나면 새로운 질병으로 보아 다시 보상하여 드립니다.



⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑧ 피보험자가 "병원" 또는 "의원"을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
⑨ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제4항의 규정에 따라 입원일당을 보상하여 드립니다. 그러나, 이 경우 제5항, 제6항은 적용되지 않습니다.

제 2 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 특정질병입원보험금을 지급하며 특정질병입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 특정질병입원보험금을 지급합니다.

제 3 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

- 입원
  이 보험에서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 의사
  피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.
- 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

Ⅵ. 비용

98. 청소년유괴·납치·인질 위로금 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 국내에서 타인에 의해 유괴, 납치, 불법감금 등으로 억류상태에 놓이게 되어 관할행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 경과한 시점까지 구출 또는 억류해제 되지 않은 경우 보험수익자에게 일당 위로금을 지급합니다.
② 위 제1항에서 억류상태라 함은 아래와 같은 경우를 말합니다.
1. 신체적으로 직접 구속하여 장소적으로 일정한 구획 밖으로 나가지 못하게 하는 것을 말합니다.
2. 기만 또는 유혹의 수단이나 폭행 또는 협박을 수단으로 하여 현재 보호되고 있는 상태에서 벗어나게 하여 자기 또는 제3자의 실력지배하에 두는 것을 말합니다.
③ 위 제1항 사고발생에 대해서는 관할행정기관에 신고 접수한 시점부터 1년 이내에 관할행정기관에 의해 유괴, 납치, 불법감금으로 판명되어야 사고로 인정합니다. 다만, 단순한 가출이나 실종으로 행방이 불명한 경우에는 보상하지 않습니다.

제 2 조 (보험금의 지급)
회사는 이 특별약관에 따라 지급할 보험금은 사고발생 사실을 관할행정기관에 신고한 시점부터 피보험자가 구출 또는 억류 해제되거나 사망사실이 확인된 시점까지 일일 보험증권에 기재된 보험가입금액을 90일 한도로 위로금으로 지급합니다.

제 3 조 (보험금의 회수)
회사는 보험금이 지급된 경우라도 보험계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의가 판명되었을 때에는 지급된 보험금을 회수합니다.

제 4 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

99. 미아찾기 지원금 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 미아상태에 놓이게 되어 관할경찰서에 신고한 시점부터 1개월이 경과한 시점까지 미아상태가 계속된 경우 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
② 제1항의 미아상태라 함은 길을 잃음 등으로 현재 보호되는 상태에서 벗어나 돌아올 수 없는 상태를 말하며 유괴, 납치로 인한 실종은 제외합니다.

제 2 조 (피보험자의 범위)
이 특별약관에서의 피보험자는 계약시점에서 만8세 이하의 어린이에 한합니다.

제 3 조 (미아찾기 지원금)
회사는 피보험자가 미아상태가 미아 신고후 1개월이상 계속될 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 미아찾기 지원금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의상속인)에게 지급합니다. 또한 미아상태가 미아 신고후 3개월이상 계속될 경우 이 특별약관 보험가입금액의 2배에 해당하는 금액을 추가로 지급합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 단순가출로 행방이 불명한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

100. 자동차사고 벌금(대인) 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자가용자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차 사고(이하 "자동차 운전중 교통사고"라 합니다)로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액을 1사고마다 아래의 금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	보상한도
특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13에 의한 벌금	벌금액(3천만원)
상기 이외	벌금액(2천만원)

【특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의 13】
자동차의 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 자동차라 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 말

합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

【용어풀이】
운전이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말합니다.

101. 자동차사고 변호사선임비용 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 『자동차 운전 중 교통사고』라 합니다)로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검찰에 의해 공소제기(기하 "기소"라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다.)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행하게 된 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 "변호사선임비용"이라 합니다.)를 『1사고』마다 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

② 제1항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 아니하고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

③ 제1항의 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 『6종 건설기계』라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로서만 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제1항의 『자동차를 운전하던 중』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

⑤ 제1항의 『1사고』라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며, 『1사고』로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

⑥ 제1항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에 정한 사항
2. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자가 도로교통법 제43조에서 정하는 무면허운전 또는 도로교통법 제44조에서 정하는 음주운전 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제 3 조 (보험금 등 청구시 구비서류)

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(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 4 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

102. 교통사고처리지원금 특별약관

가. 동승자 포함

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 자동차 중 이륜자동차를 제외)를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호의 1에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단 을 받은 경우
3. "일반교통사고"로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다)되거나, 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

<용어풀이>

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

② 제1항의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
1천만원	2천만원	3천만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

③ 제1항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서([별표11] 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

④ 제1항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑥ 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

⑦ 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.

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

① 피보험자의 고의
② 계약자의 고의
③ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
④ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
⑤ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사로를 일으킨 때
⑥ 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제 3 조 (보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$\text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제 4 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

나. 동승자 제외

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 자동차 중 이륜자동차를 제외)를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(이하"피해자"라 합니다.)에게 다음 각 호의 1에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

1. 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. "일반교통사고"로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하"기소"라 합니다)되거나,
   자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

<용어풀이>

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

② 제1항의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
1천만원	2천만원	3천만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

③ 제1항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서([별표11] 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

④ 제1항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조 (보상하는 손해) 제2항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑥ 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

⑦ 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.

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

① 피보험자의 고의

② 계약자의 고의
③ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
④ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
⑤ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사로를 일으킨 때
⑥ 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제 3 조 (보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과한 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제 4 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

103. (운전자)자동차사고부상치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에 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 【별표17】(자동차사고부상등급표)의 상해등급을 받은 경우 자동차사고부상등급상의 금액을 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

부상등급	지급금액
1급	500만원
2급	300만원
3급	300만원
4급	200만원
5급	100만원
6급	80만원
7급	40만원
8급~11급	10만원
12급~14급	5만원

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고(이하 “자동차운전 중 교통사고”라 합니다)
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “자동차 탑승중 교통사고”라 합니다)
3. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 자동차사고”라 합니다)

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

<용어풀이>

“자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에 정한 사항
2. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생된 손해
3. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
4. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제 3 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

104. (비운전자)자동차사고부상치료비 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에 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 【별표17】(자동차사고부상등급표)의 상해등급을 받은 경우 자동차사고부상등급상의 금액을 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

부상등급	지급금액
1급	500만원
2급	300만원
3급	300만원
4급	200만원
5급	100만원
6급	80만원
7급	40만원
8급~11급	10만원
12급~14급	5만원

1. 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “자동차 탑승중 교통사고”라 합니다)
2. 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 자동차사고”라 합니다)

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에 정한 사항
2. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생된 손해
3. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
4. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
6. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 보험금을 지급하는 사유가 발생한 때

제 3 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

105. 자동차사고 성형치료비 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 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 전문의로

부터 성형수술을 받은 경우에는 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차사고성형치료비로 보험수익자에게 지급하여 드립니다. 다만, 미용을 위한 성형수술을 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

③ 피보험자가 같은 사고로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급하여 드립니다.

제 3 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
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

제 4 조 (수술의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다

제 5 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

Ⅶ. 기타비용

106. 성폭력범죄위로금 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호에서 정하는 성폭력범죄로 피해가 발생(이하 「성폭력범죄피해의 발생」이라 합니다)하였을 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 성폭력범죄위로금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

1. 형법 제32장 강간과 추행의 죄 중
   제297조(강간)
   제298조(강제추행)
   제299조(준강간, 준강제추행)
   제300조(미수범)
   제301조(강간 등 상해·치상)
   제301조의2(강간 등 살인·치사)
   제302조(미성년자등에 대한 간음)
   제303조(업무상위력 등에 의한 간음)
   제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄

2. 형법 제339조(강도강간)의 죄
3. 성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호 등에 관한 법률(이하 「성폭력특별법」이라 합니다)의 성폭력범죄 중
   제5조 특수강도강간 등
   제6조 특수강간 등
   제7조 친족관계에 의한 강간 등
   제8조 장애인에 대한 간음 등
   제8조의2 13세미만의 미성년자에 대한 강간, 추행 등
   제9조 강간 등 상해·치상
   제10조 강간 등 살인·치사
   제11조 업무상 위력 등에 의한 추행
   제12조 공중밀집장소에서의 추행

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

<용어풀이>

1. 공소제기
   검사가 사법경찰관으로부터 송치 받은 사건이나 직접 인지 등으로 수사한 사건에 대하여 피의자가 재판을 받음이 마땅하다고 판단되는 경우에 이를 법원에 회부하게 되는데 이를 공소제기 또는 기소라 함
2. 약식기소
   검사가 피의자에 대하여 징역형이나 금고형에 처하는 것보다 벌금형에 처함이 상당하다고 생각되는 경우에는 기소와 동시에 법원에 대하여 벌금형에 처해달라는 뜻의 약식명령을 청구할 수 있는데 이를 약식기소라 함

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

제 3 조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

107. 국내 유학생 특별비용 특별약관

제 1 조 (피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 국내 고등교육단계의 학위과정 및 어학연수과정 등에 있는 외국인 유학생로 합니다.

제 2 조 (보험금의 지급사유)

회사는 아래의 사유로 계약자, 피보험자 또는 피보험자의 법정상속인 또는 보호자가 부담하는 비용을 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 보험증권에 기재된 국내 유학중에 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 행방불명 또는 조난된 경우 또는 산악등반 중에 조난된 경우
2. 국내 유학중에 급격하고도 우연한 외래의 사고에 따라 긴급수색구조 등이 필요한 상태로 된 것이 경찰 등의 공공기관에 의하여 확인된 경우
3. 국내 유학중 상해<보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다>의 직접결과로써 사망한 경우 또는 14일 이상 계속 입원한 경우(다른 의료기관으로 이전한 경우에는 이전에 소요된 기간을 입원중으로 봅니다. 다만, 그 이전에 대하여는 치료를 위하여 의사가 필요하다고 인정한 경우에 한합니다. 이하 같습니다)
4. 질병을 직접 원인으로 하여 국내 유학중 사망한 경우 또는 질병을 직접 원인으로 하여 14일 이상 계속 입원한 경우. 다만, 입원에 대하여는 국내 유학중에 의사가 치료를 개시한 질병으로 인한 입원에 한합니다.

제 3 조 (비용의 범위)
회사가 보상하는 비용의 범위는 아래와 같습니다.
1. 수색구조비용
조난당한 피보험자를 수색, 구조 또는 이송(이하 『수색』이라 합니다.) 하는 활동에 필요한 비용중 이들의 활동에 종사한 사람으로부터의 청구에 의하여 지급한 비용을 말합니다.
2. 항공운임 등 교통비
피보험자의 수색, 간호 또는 사고처리를 위하여 사고발생지 또는 피보험자의 법정상속인(그 대리인을 포함합니다. 이하 『구원자』라 합니다.)의 현지 왕복교통비를 말하며 2명분을 한도로 합니다.
3. 숙박비
현지에서의 구원자의 숙박비를 말하며 구원자 2명분을 한도로 하여 1명당 14일분을 한도로 합니다.
4. 이송비용
피보험자가 사망한 경우 그 유해를 본국으로 이송하는데 필요한 비용 및 치료를 계속중인 피보험자를 본국으로 이송하는데 드는 비용으로서 통상액을 넘는 피보험자의 운임 및 수행하는 의사, 간호사의 호송비를 말합니다.
5. 제잡비
구원자의 출입국 절차에 필요한 비용(여권인지대, 사증료, 예방접종료 등) 및 구원자 또는 피보험자가 현지에서 지출한 교통비, 통신비, 피보험자 유해처리비 등을 말하고 10만원을 한도로 합니다.

제 4 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(보험금의 지급)
회사는 제3항(비용의 범위)의 비용 중 정당하다고 인정되는 부분에 대해서만 보상하여 드리며, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 타인으로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 금액을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 분담)
제2조(보험금의 지급사유)의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수의 계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 그 비용을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

제7조(보상한도액)
회사가 이 특별약관에 관하여 지급할 보험금은 보험기간을 통하여 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

108. 메신저피싱(Messenger Phishing) 특별약관

제 1 조 (보상하는 손해)
① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 메신저피싱사기로 금전적인 피해를 입어 관할경찰서에 신고한 경우에는 이 특별약관에 따라 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 피보험자에게 발생한 실제 금전적 손해액을 지급하여 드립니다.
② 제1항의 메신저피싱사기(Messenger Phishing)라 함은 사기범이 타인의 인터넷 메신저 계정에 부정접속 후 지인을 가장하여 대화를 요청하고 신용카드번호, 계좌번호, 신용카드 및 계좌의 비밀번호 등 개인정보를 수집하거나 직접 송금(이체)를 요구하는 것을 말합니다.

제 2 조 (보상하지 않는 손해)
회사는 아래와 같은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
① 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 인한 손해
② 계약자 또는 피보험자가 미리 알고 있었거나 제3자와의 공모 또는 단독으로 행한 범죄행위

③ 피보험자가 보험금을 받도록 하기 위하여 피보험자와 세대를 같이 하는 친족이나 고용인이 고의로 일으킨 손해
④ 피보험자의 동거인 또는 집 지키는 사람, 가사도우미와 피보험자가 거주하는 주택에의 출입이 상시 가능한 사람이 행한 범죄행위 또는 불성실행위
⑤ 보험수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에게 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
⑥ 피보험자가 자발적으로 제3자에게 개인정보를 제공하거나 노출하여 발생한 사고
⑦ 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 지진, 분화 또는 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해
⑧ 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분영 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사로로 인한 손해
⑨ 제8호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
⑩ 사고와 관련하여, 피보험자가 【별표21】『전기통신사기 피해금 환급에 관한 특별법』에 따라 지급받은 해당금액

제 3 조 (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 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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

제 4 조 (보험금의 분담)
① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.
② 의무보험이 아닌 보험계약에 대하여는 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자[보험대상자]가 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.

제 5 조 (대위권)
① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
   1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
   2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제 6 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

109. 보이스피싱손해 특별약관

제 1 조 (보상하는 손해)
회사는 피보험자가 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 【별표21】『전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법』제3조에 따라 전기통신금융사기의 피해 구제를 신청하여야 합니다.

제 2 조 (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 【별표21】『전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법』 제10조에 의해 지급되는 피해환급금을 제외한 금액을 말합니다.

③ "피해환급금"이라 함은 【별표21】『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.

제 3 조 (보상하지 않는 손해)

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. 【별표21】『전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법』 제10조에 따라 지급 받은 해당금액
5. 제1조(보상하는 손해)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.

제 4 조 (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 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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

제 5 조 (보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

② 의무보험이 아닌 보험계약에 대하여는 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자[보험대상자]가 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.

제 6 조 (대위권)
① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제 7 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

Ⅷ. 배상책임담보

110. 일상생활 배상책임 특별약관

제 1 조 (보상하는 손해)
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자 본인(이하 “본인”이라 합니다) 및 그와 동거하는 배우자가 국내외에서 아래에 열거한 사고(이하 “사고”라 합니다)로 타인의 신체의 장해 또는 재물의 손해(재물의 없어짐, 손상 및 망가짐을 말합니다)에 대한 법률적인 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 “배상책임손해”라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
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 관리는 제외합니다)에 따른 우연한 사고
3. 1호 및 2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함.
② 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.
③ 제2조 1항에도 불구하고 , 제2항에 따른 사유가 발생하였으나, 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

제 2 조 (보상하는 손해의 범위)
① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
1. 피보험자가 피해자에게 지급한 법률상 손해배상금
2. 피보험자가 지출한 아래의 비용
가. 피보험자가 제14조(손해방지의무) 제1항 제1호의 방법을 조사하여 구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용. 그러나 피보험자가 그 방법을 조사하여 구한 후에 배상책임이 없음이 판명된 때에는 그 비용중 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 위하여 지급한 비용과 지급에 관하여 미리 회사의 동의를 받은 비용만 보상합니다.
나. 피보험자가 제14조(손해방지의무) 제1항 제2호의 절차를 취하는데 지급한 필요 또는 유익하였던 비용
다. 피보험자가 미리 회사의 동의를 받아 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
라. 증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
마. 피보험자가 제15조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지급한 비용

제 3 조(보상하지 않는 손해)
① 회사는 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 계약자, 피보험자(보험대상자, 법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 핵연료물질 (사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질 (원자핵 분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
② 회사는 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임

2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해(장해로 인한 사망을 포함합니다)로 인한 배상책임
4. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
5. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
6. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
7. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
8. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
9. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
10. 불법행위 또는 폭력행위로 인한 배상책임
11. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임

제 4 조 (의무보험과의 관계)

① 회사는 이 약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 이 보험이 의무보험인 경우에는 그러지 아니하며 의무보험이 다수인 경우에는 제26조(보험금의 분담)를 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.

③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

제 5 조 (보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
1. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1항 제1호의 손해배상금 : 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1항 제2호 ‘가’목, ‘나’목 또는 ‘마’목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 ‘다’목 또는 ‘라’목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액의 한도내에서 보상합니다.

② 보험기간 중 발생하는 사고에 대한 회사의 보상총액은 보험증권에 기재된 총 보상한도액을 한도로 합니다.

제 6 조 (계약전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약시 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.

제 7 조 (계약후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제 8 조 (계약의 해지)

① 계약자는 손해가 발생하기 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 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제6조(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여

사실과 다르게 알린 때.
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제7조(계약후 알릴 의무)에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

④ 제3항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 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 그러하지 않습니다.

⑤ 제3항에 의한 계약의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

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

제 9 조 (타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제 10 조 (계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 11 조 (보험료의 환급)

① 이 계약이 무효, 효력상실 또는 해지된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 보험기간 중 보험사고가 발생하고 보험금이 지급되어 보험가입금액이 감액된 경우에는 어떠한 경우에도 당해 보험년도[초년도(첫째년도) 는 보험기간의 초일(첫째날)부터 1년간, 차년도(둘째년도) 이후는 각각 보험기간의 초일(첫째날) 해당일부터 1년간을 말합니다]의 보험료는 돌려 드리지 않습니다.
1. 계약자 또는 피보험자의 책임없는 사유에 의하는 경우: 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실 또는 해지의 경우에는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
2. 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유에 의하는 경우: 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.

② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효 또는 효력상실인 경우에는 무효 또는 효력상실의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험연도의 보험료는 위 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험연도에 속하는 보험료는 전액을 돌려 드립니다.

③ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 12 조 (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 보험계약 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 보험계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제 13 조 (손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 제1항제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다.

제 14 조 (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 아니하였을 때에는 제1조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제 15 조 (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.

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 아니할 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제 16 조 (보험금의 지급)

① 피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.
1. 보험금 청구서
2. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

② 회사는 제1항에 따른 보험금 청구를 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 10영업일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 그러나 보험금 지급에 필요한 조사를 이 기간내에 마칠 수 없고 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 회사는 제2항의 지급보험금이 결정된 후 10영업일이 지나도록 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지체된 날부터 지급일까지 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 늦어진 경우에는 예외로 합니다.

<용어풀이>

영업일은 "토요일", “일요일”, "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"및 “근로자의 날”을 제외한 날을 의미합니다.

제 17 조 (보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

② 의무보험이 아닌 보험계약에 대하여는 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자[보험대상자]가 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.

제 18 조 (대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권

2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제 19 조 (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.

제 20 조 (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(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.
③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.
1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 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.

제 21 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

111. 학생 개인배상책임 특별약관

제 1 조 (보상하는 손해)
① 회사는 피보험자가 국내에서 다음에 열거하는 우연한 사고(이하 “사고”라 합니다)에 따라 타인의 신체의 장해(장해로 인한 사망을 포함합니다. 이하 “신체의 장해”라 합니다) 또는 재물의 없어짐, 훼손 혹은 망가짐(이하 “망그러뜨림”이라 합니다)에 대한 법률상의 손해배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
1. 피보험자가 살고 있는 보험증권에 기재된 주택(동일구내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 “주택”이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 또는 관리를 제외합니다)에 따른 우연한 사고
② 제1항의 피보험자는 교육법이 정하는 각 급 학교에 재학하는 학생으로 합니다.

제 2 조 (보상하는 손해의 범위)
회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
1. 피보험자가 피해자에게 지급한 법률상 손해배상금
2. 피보험자가 지출한 아래의 비용
가. 피보험자가 제10조(손해방지의무)제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용.
나. 피보험자가 제10조(손해방지의무)제1항 제2호의 조치를 취하기 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 제11조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제 3 조 (보상하지 않는 손해)
① 회사는 다음에 열거된 사유로 인한 사고에 의한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 계약자, 피보험자(보험대상자, 법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임

3. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 핵연료 물질(사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

【핵연료물질】사용된 연료를 포함합니다.
【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

② 회사는 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
2. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
3. 피보험자의 심신상실로 인한 손해배상책임
4. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 손해배상책임
5. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기의 소유, 사용 또는 관리로 인한 손해배상책임

제 4 조 (손해의 통지 및 조사)
① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

제 5 조 (보험금의 청구)
피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.
1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제 6 조 (보험금의 지급절차)
① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지체된 날부터 지급일까지 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 7 조 (보험금 등의 지급한도)
① 회사가 보상하는 손해배상금은 보험증권에 기재된 보상한도액을 한도로 합니다.
② 회사는 1회의 사고에 대하여 손해배상금이 보험증권에 기재된 2만원을 초과하는 경우에 한하여 그 초과분을 보상합니다. 그러나 보험기간 중 발생하는 사고에 대한 회사의 보상총액은 보험증권에 기재된 총보상한도액을 한도로 합니다.
③ 회사는 제2항의 손해배상금과 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 나'목 또는 '마'목의 비용 전액을 보상합니다. 그러나 손해배상청구금액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 초과하는 경우 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 '다'목 또는 '라'목의 비용.의 비용 중 소송비용의 인지대 및 변호사 비용 및 라.의 비용은 보험증권에 기재된 보상한도액에 해당하는 금액에 대한 비용만 보상합니다.

제 8 조 (의무보험과의 관계)
① 회사는 이 약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제9조(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.

제 9 조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

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

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제 10 조 (손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제1조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제 11 조 (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.

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.

제 12 조 (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.

제 13 조 (대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제 14 조 (계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.

제 15 조 (계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에는 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다.

제 15 조 2 (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.

제 16 조 (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.

제 17 조 (계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 18 조 (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.

제 19 조 (타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제 20 조 (계약의 해지)
① 계약자는 손해가 발생하기 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 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 제14조(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때.
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제15조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 않았을때
④ 제3항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
⑤ 제3항에 의한 계약의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제 21 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

112. 자원봉사자 배상책임 특별약관

제 1 조 (보상하는 손해)
① 회사는 보험기간 중 피보험자가 자원봉사활동을 하는 동안 생긴 우연한 사고로 인하여 타인의 신체의 장해 또는 재물의 없어짐, 훼손 혹은 망가짐에 따른 법률적인 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
② 제1항의 “자원봉사 활동을 하는 동안”이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조 (보상하는 손해의 범위)
① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
1. 피보험자가 피해자에게 지급한 법률상 손해배상금
2. 피보험자가 지출한 아래의 비용
가. 피보험자가 제10조(손해방지의무)제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용.
나. 피보험자가 제10조(손해방지의무)제1항 제2호의 조치를 취하기 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 제11조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제 3 조 (보상하지 않는 손해)
① 회사는 다음에 열거된 사유로 인한 사고에 의한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 계약자, 피보험자(보험대상자, 법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 핵연료 물질(사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

【핵연료물질】사용된 연료를 포함합니다.
【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

② 회사는 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 따라 가중된 배상책임
2. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
3. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
4. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
5. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임

제 4 조 (손해의 통지 및 조사)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

제 5 조 (보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.
1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제 6 조 (보험금의 지급절차)

① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지체된 날부터 지급일까지 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 7 조 (보험금 등의 지급한도)

① 회사가 보상하는 손해배상금은 보험증권에 기재된 보상한도액을 한도로 합니다.

② 회사는 1회의 사고에 대하여 손해배상금이 보험증권에 기재된 2만원을 초과하는 경우에 한하여 그 초과분을 보상합니다. 그러나 보험기간 중 발생하는 사고에 대한 회사의 보상총액은 보험증권에 기재된 총보상한도액을 한도로 합니다.

③ 회사는 제2항의 손해배상금과 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 나'목 또는 '마'목의 비용 전액을 보상합니다. 그러나 손해배상청구금액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 초과하는 경우 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 '다'목 또는 '라'목의 비용.의 비용 중 소송비용의 인지대 및 변호사 비용 및 라.의 비용은 보험증권에 기재된 보상한도액에 해당하는 금액에 대한 비용만 보상합니다.

제 8 조 (의무보험과의 관계)

① 회사는 이 약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제9조(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.

제 9 조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

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

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제 10 조 (손해방지의무)
① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제1조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제 11 조 (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.
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.

제 12 조 (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.

제 13 조 (대위권)
① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만,

회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제 14 조 (계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.

제 15 조 (계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에는 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다.

제 15 조 2 (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.

제 16 조 (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.

제 17 조 (계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 18 조 (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.

제 19 조 (타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제 20 조 (계약의 해지)

① 계약자는 손해가 발생하기 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 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 제14조(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때.
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제15조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 않았을때
④ 제3항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
⑤ 제3항에 의한 계약의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제 21 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

113. 스포츠활동중 배상책임 특별약관

제 1 조 (보상하는 손해)
① 회사는 피보험자가 이 보험증권에 기재된 단체의 관리 하에 행하는 운동경기 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「사고」라 합니다)로 타인의 신체에 장해(이하「신체장해」라 합니다)를 입히거나 타인의 재물을 망그러뜨려(이하「재물손해」라 합니다) 법률상 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.
② 위 제1항의「운동경기」란 단체의 관리하에 참여하거나 진행하는 정규경기 또는 연습경기(훈련활동을 포함합니다. 이하 같습니다)를 말합니다.

제 2 조 (보상하는 손해의 범위)
① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
1. 피보험자가 피해자에게 지급한 법률상 손해배상금
2. 피보험자가 지출한 아래의 비용
가. 피보험자가 제11조(손해방지의무)제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용.
나. 피보험자가 제11조(손해방지의무)제1항 제2호의 조치를 취하기 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 제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제 3 조 (피보험자의 범위)
① 피보험자는 이 보험증권에 기재된 단체 및 단체의 소속원으로 등록된 자를 말합니다. 단, 각종 프로연맹 또는 아마추어경기연맹(협회를 포함합니다)에 소속된 선수는 제외합니다.
② 이 계약이 성립된 후에 단체에 등록된 자는 그 등록시점부터 피보험자가 되며 소속을 이탈하는 경우 그 이탈시점부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제 4 조 (보상하지 않는 손해)
회사는 아래의 사유로 손해배상책임을 부담하게 됨으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 계약자, 피보험자(보험대상자, 법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 피보험자의 직무수행을 직접원인으로 하는 배상책임
3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

5. 피보험자의 고용인이 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해(장해로 인한 사망을 포함합니다)로 인한 배상책임
6. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
7. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
8. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
9. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
10. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
11. 체육관, 운동장등 경기시설 구조상의 결함이나 관리의 불비(不備)로 인한 배상책임

제 5 조 (손해의 통지 및 조사)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

제 6 조 (보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.
1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제 7 조 (보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지체된 날부터 지급일까지 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 8 조 (보험금 등의 지급한도)

① 회사가 보상하는 손해배상금은 보험증권에 기재된 보상한도액을 한도로 합니다.

② 회사는 1회의 사고에 대하여 손해배상금이 보험증권에 기재된 2만원을 초과하는 경우에 한하여 그 초과분을 보상합니다. 그러나 보험기간 중 발생하는 사고에 대한 회사의 보상총액은 보험증권에 기재된 총보상한도액을 한도로 합니다.

③ 회사는 제2항의 손해배상금과 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 나'목 또는 '마'목의 비용 전액을 보상합니다. 그러나 손해배상청구금액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 초과하는 경우 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 '다'목 또는 '라'목의 비용.의 비용 중 소송비용의 인지대 및 변호사 비용 및 라.의 비용은 보험증권에 기재된 보상한도액에 해당하는 금액에 대한 비용만 보상합니다.

제 9 조 (의무보험과의 관계)

① 회사는 이 약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제10조(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.

제 10 조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

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

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제 11 조 (손해방지의무)
① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제1조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제 12 조 (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.
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.

제 13 조 (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.

제 14 조 (대위권)
① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제 15 조 (계약 전 알릴 의무)
계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.

제 16 조 (계약 후 알릴 의무)
① 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에는 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다.

제 16 조 2 (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.

제 17 조 (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.

제 18 조 (계약의 무효)
계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 19 조 (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.

제 20조 (타인을 위한 계약)
① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제 21 조 (계약의 해지)
① 계약자는 손해가 발생하기 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 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 제15조(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때.
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제16조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 않았을때

④ 제3항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

⑤ 제3항에 의한 계약의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

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

제 21 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

Ⅸ. 기타

114. 질병확장보장 추가특별약관(Ⅱ)

제 1 조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 ( ) 특별약관의 ‘보험금의 지급사유’의 조항에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병에 대해서도 ‘보험금의 지급사유’의 조항에 따라 보상하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 ( ) 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 진단확정된 질병과 관련된 보험금은 지급하지 않습니다.

③ 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 ( ) 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일익일이내에 이 계약의 ( ) 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다.

제 2 조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 ( ) 특별약관을 따릅니다

115. 상해위험 보상 제외 특별약관

제 1 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제3조(보험금의 지급사유) 및 제4조(보험금 지급에 관한 세부사항)에도 불구하고 이 특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

116. ( )보험금만의 지급 추가특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

회사는 ( )약관에 관계없이 ( )보험금만을 지급합니다.

제 2 조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 ()약관을 따릅니다.

117. 단체계약 특별약관

제 1 조 (계약의 적용 범위)

① 피보험자가 다음 중 한가지의 단체에 소속되어야 하며, 단체를 대표하여 계약자로 된 자가 단체보험 계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

1. 제1종 단체
   동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.
2. 제2종 단체
   비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회 등 동업자단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
3. 제3종 단체
   그밖에 단체의 구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체

② 제1항의 대상단체에 소속된 자로서 동일한 보험계약을 체결한 5인 이상의 피보험자로 피보험단체를 구성하여야 하며, 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 다음의 조건을 모두 충족하여야 합니다.

1. 단체의 내규에 의한 복지제도로서 노사합의에 의하며, 보험료의 일부를 단체 또는 단체의 대표자가 부담하여야 합니다.
2. 제1항 제2호 및 제3호에 해당하는 단체는 내규에 의해 단체의 대표자와 보험회사가 협정에 의해 체결하여야 합니다.

제 2 조 (상법 제735조3의 적용)

① 제1조의 단체가 피보험자를 확정할 수 있고 계약의 일괄적 관리가 가능하며, 규약에 따라 계약을 체결하는 경우 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않아도 되며, 계약자에게만 보험증권을 드릴 수 있습니다.

② 제1항의 규약은 보험의 종류 및 일괄 가입에 관한 사항이 포함되어야 하며, 동의 또는 협의를 통하여 피보험자들의 의사가 규약에 반영될 수 있어야 합니다. 다만, 보험수익자를 계약자 등 피보험자의 이해에 반하는 자로 지정하는 경우에는 해당 내용이 규약에 반영되어야 하며, 반영되지 않은 경우에는 별도 피보험자의 동의를 받아야 합니다.

③ 보험회사는 계약자를 통해 단체의 규약이 제2항을 충족하고 있는 지 확인을 해야 하며, 계약자는 이에 협조하여야 합니다.

제 3 조 (단체요율의 적용)

① 제1조의 단체는 단체요율을 적용할 수 있습니다. 다만, 제3종 단체는 구성원이 명확하고 위험의 동질성이 확보되어야 합니다.

② 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 대상단체의 위험과 피보험단체의 위험의 동질성이 유지되어야 합니다.

제 4 조 (보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체)

① 계약을 맺은 후 보험의 목적을 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.

② 이 계약기간 중 보험의 목적 감소의 경우는 당해 보험의 목적의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 증가 또는 교체되는 보험의 목적의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 보험의 목적에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

④ 제1항에 따라 보험의 목적이 교체되는 경우에는 보험의 목적 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입될 수 있으며, 보험의 목적 교체시점부터 잔여 보험기간(보험의 목적 교체전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상하여 드립니다.

제 5 조 (개별계약으로의 전환)

① 피보험자가 퇴직 등의 사유로 인하여 피보험단체에서 탈퇴하는 경우 피보험자가 보험료의 일부를 부담한 경우에 한하여 탈퇴일로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자는 회사의 승낙을 얻어 개별계약으로 전환할 수 있으며, 이 경우 피보험자는 개별계약의 계약자가 됩니다.

② 제1항에 따라 개별계약으로 전환시에는 전환후 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급되는 보험료는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.

제 6 조 (보험증권의 발급)

① 회사는 보험계약자에게 보험증권을 드려야 하고, 그 약관의 주요한 내용을 알려드립니다.

② 보험계약자의 요청이 있을 경우, 개별 피보험자에게는 가입증명서를 발급하여 드립니다.

제 7 조 (적용상의 특칙)

계약자가 아닌 단체의 소속원이 보험료 전부 또는 일부를 부담하는 경우에는 그 소속원이 계약자로서의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 8 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

117-1. 보험료정산 추가특별약관

제 1 조 (보험료의 정산)

① 회사는 단체계약 특별약관(이하"특별약관"이라 합니다) 제4조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.

② 회사는 특별약관 제4조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체) 제3항에도 불구하고 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제 2 조 (피보험자의 명부)

계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

제 3 조 (예치보험료)

예치보험료는 계약체결일 이전 1개월 동안 1일 평균인원수에 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

제 4 조 (보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다.
   그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출하여야 합니다.
2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제 5 조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다

118. 단체피보험자 지위유지 추가특별약관

제 1 조 (피보험자 지위의 유지)

① 단체계약 특별약관 제4조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체) 제1항에서 정한 고용관계가 소멸되어 피보험자가 피보험단체에서 탈퇴하더라도 회사는 단체계약 특별약관 제5조(개별계약으로의 전환)에도 불구하고 피보험자의 지위를 이 보험의 종기까지 연장하여 드립니다.

② 이 특별약관은 아래의 조건을 모두 충족하는 경우에 한하여 적용합니다. 다만, 사망으로 인한 퇴직 등 지위유지가 불가능한 경우에는 제외합니다.

   1. 피보험단체는 단체계약 특별약관 제1조(계약의 적용범위) 제1항 제1호의 단체이어야 합니다.
   2. 보험종기까지 잔여기간에 대한 보험료를 계약자가 모두 부담하여야 합니다.

제 2 조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체계약 특별약관을 따릅니다.

119. 단체계약 보험료분납 특별약관

제 1 조 (보험료의 분납)

20명 이상 단체를 피보험자로 하는 계약자는 이 특별약관에 따라 보험료를 ( )회에 분할하여 회사에 납입합니다.

제 2 조 (나눠내는 보험료의 납입)

① 계약자는 나눠내는 보험료를 다음과 같이 그 정한 날짜까지 납입하여야 합니다.

보험 기간	납입 회수	분납방법
1년	2분납	제1회 분납 (70%), 년 월 일 계약을 체결할 때 납입

		제2회 분납 (30%), 년 월 일 납입
	4분납	제1회 분납 (40%), 년 월 일 계약을 체결할 때 납입 제2회 분납 (30%), 년 월 일 납입 제3회 분납 (15%), 년 월 일 납입 제4회 분납 (15%), 년 월 일 납입
	12회납	12회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다 제1회분납 년 월 일 계약체결시 최초납입 제2회이후 매월 일 납입
2년	2회납	2회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다. 제1회분납 년 월 일 계약체결시 최초납입 제2회이후 매월 일 납입
	24회납	24회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다 제1회분납 년 월 일 계약체결시 최초납입 제2회이후 매월 일 납입
3년	3회납	3회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다. 제1회분납 년 월 일 계약체결시 최초납입 제2회이후 매월 일 납입
	36회납	36회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다 제1회분납 년 월 일 계약체결시 최초납입 제2회이후 매월 일 납입

제 3 조 (계약의 해지)

① 회사는 제2회 이후의 분납 보험료가 위에 정한 기일까지 납입되지 않았을 때에는 14일간의 납입최고기간을 둡니다. 납입최고기간내에 발생한 사고에 대하여는 보상하여 드립니다.

② 회사는 납입최고기간 만료 7일이전에 계약의 해지를 예고하고 그 후 계약자가 납입최고기간의 만료일까지 보험료를 납입하지 아니하면 납입최고기간이 끝나는 날의 다음 날 계약을 해지합니다.

제 4 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

120. 상품다수구매자 보험계약 특별약관

제 1 조 (적용범위)

① 이 상품다수구매자 보험계약 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)은 상품판매자가 자기의 관리하에 운영·유지되는 상품구매자 다수를 피보험자로 하여 보험계약을 체결하는 경우에 적용합니다.

② 제1항의 상품의 다수구매자란 각종 재화, 용역 및 서비스의 구매자를 말합니다.

③ 제1항의 단체의 총 피보험자수는 100인 이상이어야 합니다.

제 2 조 (계약자)

이 특별약관의 계약자는 제1조(적용범위)의 상품구매자 다수를 대표하는 보험계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

제 3 조 (피보험자의 증가, 감소 또는 교체)

① 단체계약을 맺은 후 피보험자를 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.

② 이 계약기간 중 피보험자 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며, 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려드립니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조 (준용규정)

이 추가약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당특별약관을 따릅니다.

120-1. 보험료정산 추가특별약관

제 1 조 (보험료 정산)

① 회사는 상품다수구매자 보험계약 특별약관 제3조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체)에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산 합니다.
② 회사는 상품다수구매자 보험계약 특별약관 제3조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제 2 조 (보험료 정산기간)
보통약관 제24조(제1회 보험료 등 및 회사의 보장개시)의 보험계약기간동안 매 1월, 3개월, 6개월 또는 1년 중 계약자와 회사가 정한 기간마다 보험료를 정산하기로 약정하고 이 기간을 보험료 정산기간(이하 "정산기간"이라 합니다)이라 합니다.

제 3 조 (예치보험료)
계약자는 제2조(보험료 정산기간)의 매 정산기간이 시작될 때마다 정산기간동안의 회원의 수 및 보험가입조건 등을 회사에 제출하여야 하며, 동 조건 등에 따라 산출된 추정보험료(이하 "예치보험료"라 합니다)를 납입하여야 합니다. 단, 정산기간이 1개월이며 최초1회의 예치보험료를 납입하였을 경우는 예외로 합니다.

제 4 조 (보험료 정산방법)
회사는 상품다수구매자 보험계약 특별약관 제3조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체)에 의해 통지된 내용에 따라 정산기간동안의 보험료를 산출한 후 매 정산기간 종료후 7일 이내에 제3조(예치보험료)와의 차액을 받거나 돌려드립니다.

제 5 조 (회사의 보험개시)
보험료정산추가특약이 적용되는 보험계약에 대하여는 보험료가 납입되기 전이라도 보험증권상의 책임개시일로부터 회사의 책임이 개시됩니다.

제 6 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 상품다수구매자 보험계약특별약관을 따릅니다.

120-2. 보험기간 설정에 관한 추가특별약관

제 1 조 (적용범위)
이 특별약관은 상품다수구매자 보험계약 특별약관 제3조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체)에도 불구하고, 새로이 증가되는 피보험자의 보험기간을 정하는 경우에 적용합니다.

제 2 조 (보험기간)
이 특별약관에 따라 계약기간 중에 새로이 증가된 피보험자의 보험기간은 계약자가 요청하는 기간으로 합니다.

제 3 조 (보험료의 납입)
① 계약자는 새로이 증가된 피보험자에 대하여 일단위로 계산된 추가보험료를 납입하여야 합니다.
② 새로이 증가된 피보험자의 보험기간이 시작된 후라도 다른 약정이 없으면 추가 보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

121. 이륜자동차 운전중상해 보상제외 특별약관

제 1 조 (계약의 체결 및 효력)
① 이 특별약관은 보험계약(보통약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
② 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어 집니다.
③ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 2 조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다) 하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한

경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.

② 위 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차[(1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜인 측차를 붙인 것과 배기량 125씨씨 이하로서 3륜 이상인 자동차를 포함합니다)]와 배기량이 50씨씨 미만 (전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59 킬로와트 미만)인 이륜자동차를 말합니다.

③ 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다)하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 보험계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발생한 사고처리 확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제 3 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않는 사항은 보통약관에 따릅니다.

122. 지정대리청구서비스 특별약관

제 1 조 (적용대상)

이 특별약관(이하 "특약")은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제 2 조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다)

② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 3 조 (지정대리청구인의 지정)

① 보험계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정(제4조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 4 조 (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, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제 5 조 (보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제6조(보험금 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제 6 조 (보험금 등 청구시 구비서류)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 7 조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

123. 날짜인식오류 부담보 추가약관

제 1 조
회사는 보통약관 및 특별약관의 제조건·제규정에 불구하고, 피보험자의 소유여부에 관계없이 컴퓨터, 자료처리기기, 마이크로칩, 운영체제, 마이크로프로세서, 집적회로 및 이와 유사한 장치, 컴퓨터 소프트웨어 또는 이들을 사용하거나 이들과 관련된 생산물, 서비스, 자료, 기능에 있어 어떤 날짜를 정확한 달력날짜로 인식, 처리, 구별, 해석 혹은 받아들일 수 없음으로 인해 발생되는 모든 형태의 직접 또는 간접손해를 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조
회사는 위와 관련한 결함, 논리체계등을 교정하기 위한 정보처리시스템(EDPS) 또는 그 관련기기 일부분을 수리하거나 수정하는 비용은 보상하여 드리지 않습니다.

제 3 조
회사는 제1조에 기술한 것과 같은 날짜와 관련된 잠재적인 또는 실제적인 고장, 오작동, 부적합 등을 확인, 수정, 시험하기 위하여 피보험자가 자신이나 타인에게 행하였거나 타인으로부터 받은 어떠한 조언, 지도, 설계의 평가, 설치의 검사, 유지관리, 수리 또는 감독상의 오류, 부적절, 오작동으로 인하여 발생되는 손해와 결과적 손실을 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조
상기 제1조, 제2조, 제3조에 기술한 손해 또는 결과적 손실은 다른 사고원인과 병합 또는 관련된 경우에도 보상하여 드리지 않습니다.

124. 금융기관 보험계약 특별약관

제 1 조 (계약의 적용범위)
① 이 금융기관 보험계약 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다)은 금융기관의 관리하에 운영, 유지되는 금융상품구매자 다수를 피보험자로 하여 보험계약을 체결하는 경우에 적용합니다.
② 제1항의 금융기관이란 은행법, 장기신용은행법, 증권거래법, 증권투자신탁업법, 보험업법, 종합금융회사에 관한 법률, 상호저축은행법, 신용협동조합법, 신탁업법, 여신금융전문업법, 농업협동조합법, 수산업협동조합법 및 기타 다른 법령에서 장한 기관으로써 대한민국 내에서 적법하게 여신업무를 취급하는 금융기관을 말합니다.
③ 제1항의 총 피보험자수는 100인 이상이어야 합니다.

제 2 조 (보험가입금액)
① 보험가입금액은 보험증권에 기재된 확정금액으로 적용하거나 채무액의 ( )배 해당액으로 적용할 수 있습니다.
② 제1항의 채무액은 금융상품 특성에 따라 회사와 계약자 간에 약정하여 정할 수 있습니다.

제 3 조 (보험수익자의 지정)
① 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 사망보험금 이외의 경우는 피보험자로 합니다.
② 보험수익자가 금융기관으로 지정되어 있을 경우, 금융기관은 피보험자의 채무액 한도 내에서 보험수익자의 지위를 가지며, 회사가 금융기관에게 보험금을 지급할 시 피보험자의 채무는 소멸됩니다.
③ 보험수익자가 금융기관으로 지정되어 있을 경우, 보험금 지급시점에 피보험자가 금융기관에 결제해야 할 금액이 보험금을 초과할 경우에는 보험금 전액을 금융기관에게 지불합니다.
④ 회사는 피보험자의 채무액에 대해 보험증권에 기재된 금융기관이 작성하고 날인(도장을 찍음)한 서면의 청구서를 채무액을 입증하는 서류로 간주합니다.

제 4 조 (피보험자의 증가, 감소 또는 교체)
① 보험계약을 맺은 후 피보험자를 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
② 이 계약기간 중 피보험자 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며, 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.
③ 회사는 제1항 및 제2항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

124-1. 보험료 정산 추가 특별약관

제 1 조 (보험료의 정산)
① 회사는 금융기관 보험계약 특별약관 제4조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체)에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.
② 회사는 금융기간 보험계약 특별약관 제4조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체) 제3항에도 불구하고 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제 2 조 (피보험자의 명부)
계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

제 3 조 (보험료의 정산방법)
보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.
1. 계약자는 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다.
   그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출하여야 합니다.
2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제 4 조 (준용규정)
이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 금융기관 보험계약 특별약관을 따릅니다.

124-2. 보험기간 설정에 관한 추가특별약관

제 1 조 (적용범위)
이 특별약관은 금융기관 보험계약 특별약관 제4조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체)에도 불구하고, 새로이 증가되는 피보험자의 보험기간을 정하는 경우에 적용합니다.

제 2 조 (보험기간)
이 특별약관에 따라 계약기간 중에 새로이 증가된 피보험자의 보험기간은 계약자가 요청하는 기간으로 합니다.

제 3 조 (보험료의 납입)
① 계약자는 새로이 증가된 피보험자에 대하여 일단위로 계산된 추가보험료를 납입하여야 합니다.
② 새로이 증가된 피보험자의 보험기간이 시작된 후라도 다른 약정이 없으면 추가 보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조 (준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 금융기관 보험계약 특별약관을 따릅니다.

【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(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.

8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.

9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 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, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.

14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.

15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.

16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.

2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(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 「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

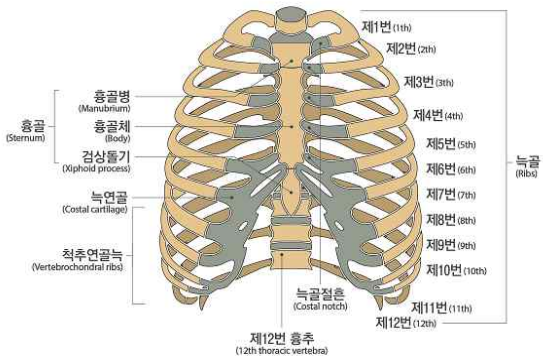
나. 장해판정기준

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.

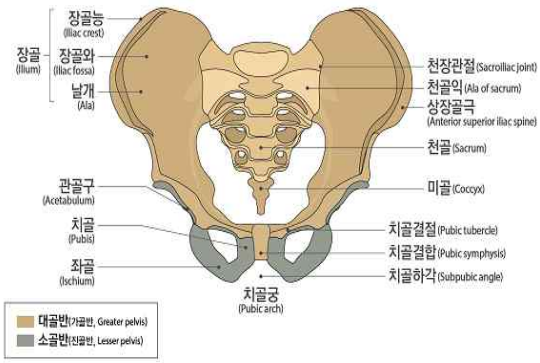
2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm이상 분리된 부정유합 상태
   나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
   다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

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 「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 「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 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

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.

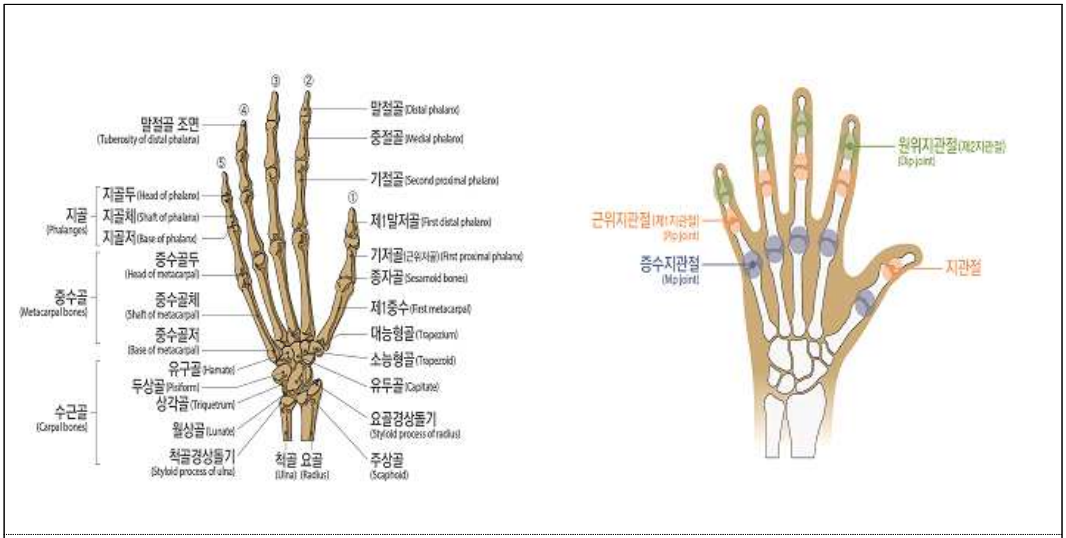
5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

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 정상운동영역의 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 「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.

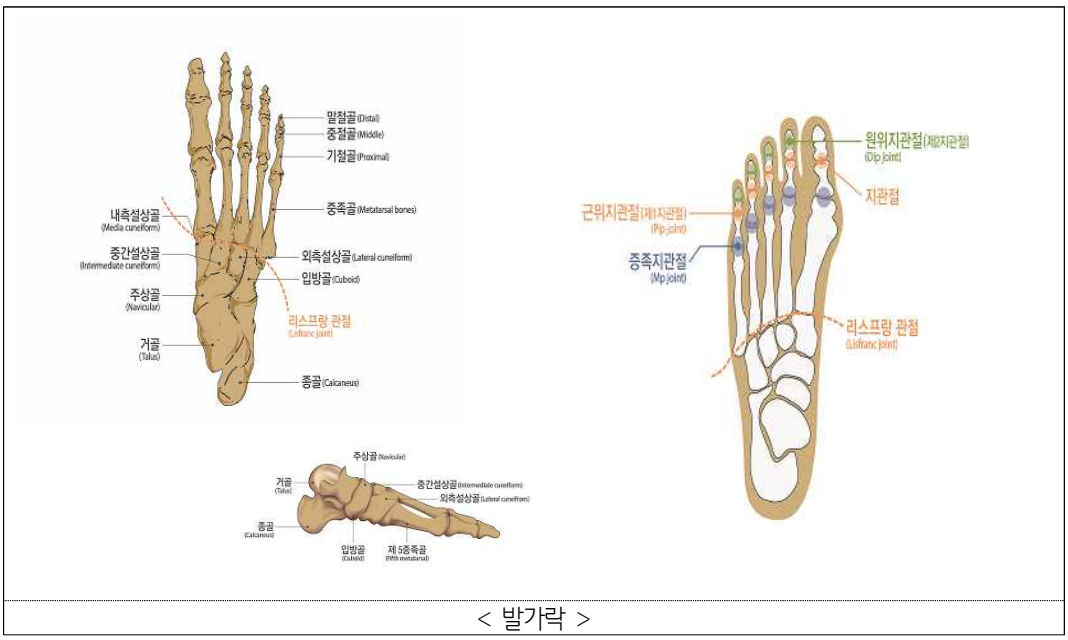
5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

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 「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 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.

8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계 · 정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR척도 5점	100
8) 심한치매 : CDR척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표" 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'주) 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) "치매"라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, 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(간질)

가) "뇌전증(간질)"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어

객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 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.

<붙 임>

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%)

【별표2】악성신생물(암) 분류표

① 약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하되, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 암의 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45~C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60~C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물(암)	C69~C72
12. 갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물(암)	C73~C75
13. 불명확한, 속발성 및 상세불명부위의 악성신생물(암)	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물(암)	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식성 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

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

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 암의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표3】3대암 분류표

① 약관에 규정하는 3대암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하되, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 3대암의 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 위의 악성신생물(암)	C16
2. 간 및 간내 담관의 악성 신생물(암)	C22
3. 담낭의 악성신생물(암)	C23
4. 기타 및 담도의 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C24
5. 기관의 악성신생물(암)	C33
6. 기관지 및 폐의 악성신생물(암)	C34

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 3대암의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】여성특정암 분류표

① 약관에 규정하는 여성특정암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하되, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 여성특정암의 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 외음의 악성신생물(암)	C51
3. 질의 악성신생물(암)	C52
4. 자궁경부의 악성 신생물(암)	C53
5. 자궁체부의 악성 신생물(암)	C54
6. 상세불명 자궁 부분의 악성 신생물(암)	C55
7. 난소의 악성신생물(암)	C56
8. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성신생물(암)	C57
9. 태반의 악성신생물(암)	C58

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 여성특정암의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】제자리신생물 분류표

① 약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하되, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리암의 해당여부를 판단합니다.

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

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 제자리암의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하되, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 경계성종양의 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 종양	D47.7
12. 림프증식장애, 상세불명	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다. |

【별표7】급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하되, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증의 해당여부를 판단합니다.

【급성심근경색증 분류표】

대상질병	분류코드
1. 급성심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표8】뇌졸증 분류표

① 약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하되, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌졸중의 해당여부를 판단합니다.

【뇌졸증 분류표】

대상질병	분류코드
거미막하 출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62
뇌경색(증)	I63
뇌경색증을 유발하지 않는 뇌전 동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않는 대뇌 동맥의 폐쇄 및 협착	I66

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 뇌졸중의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9】뇌출혈 분류표

① 약관에 규정하는 뇌출혈으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하되, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌출혈의 해당여부를 판단합니다.

【뇌출혈 분류표】

대상질병	분류코드
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 뇌출혈의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표10】수술분류표

수 술 종 류	
피부·유방의 수술 (皮膚,乳房의 手術)	1. 피부이식수술(植皮術) (25㎠ 미만은 제외함) 2. 유방절단술(乳房切斷術)
근골의 수술 (筋骨의手術) 〔발정술(拔釘術)은 제외함〕	3. 골이식술(骨移植術) 4. 골수염 골결핵 수술(骨髓炎骨結核手術) 〔농양(膿瘍)의 단순한 절개는 제외함〕 5. 두개골 관혈수술(頭蓋骨 觀血手術) 〔비골(코뼈) 비중격(鼻骨 鼻中隔)은 제외함〕 6. 비골(코뼈) 관혈수술(鼻骨 觀血手術[비중격만곡증수술(鼻中隔灣曲症手術)은 제외함] 7. 상악골(위턱뼈) 하악골(아래턱뼈) 악관절 관혈수술(위턱뼈, 아래턱뼈, 顎關節 觀血手術)〔치·치육(齒·齒肉)의 처치에 수반하는 것은 제외함〕 8. 척추 골반 관혈수술(脊椎 骨盤 觀血手術) 9. 쇄골 견갑골(어깨뼈) 늑골(갈비뼈) 흉골(복장뼈) 관혈수술(鎖骨 肩胛骨 肋骨胸骨觀血手術) 10. 사지절단술(팔·다리切斷術) 〔손가락·발가락은 제외함〕 11. 절단사지재접합술(切斷팔·다리再接合術) 〔골·관절(骨·關節)의 이단(離斷)에 수반하는 것〕 12. 사지골(팔다리뼈) 사지관절 관혈수술 (팔·다리骨 팔·다리關節 觀血手術) 〔손가락·발가락은 제외함〕 13. 근·건(힘줄)·인대·관혈수술(筋建 靭帶 觀血手術) 〔손가락·발가락은 제외함. 근염 결절종 점액종수술(筋炎 結切腫 粘液腫手術)은 제외함〕
호흡기·흉부의 수술 (呼吸器·가슴의手術)	14. 만성부비강염근본수술(慢性副鼻腔炎根本手術) 15. 후두전절제술(喉頭全切除術) 16. 기관 기관지 폐 흉막수술(氣管 氣管支 肺 胸膜手術) [개흉술(開胸術)을 수반하는 것] 17. 흉곽형성술(胸廓形成術) 18. 종격종양적출술(縱隔腫瘍摘出術)
순환기·비의수술 (循環器·脾의 手術)	19. 관혈적혈관 형성술(觀血的血管 形成術) [혈액투석용(血液透析用)외 SHUNT 형성술(形成術)을 제외함] 20. 정맥류근본수술(精脈瘤根本手術) 21. 대동맥 대정맥 폐동맥 관동맥수술(大動脈 大精脈 肺動脈 冠動脈手術)[개흉 개복술(開胸 開腹術)을 수반하는 것] 22. 심막절개 봉합술(心膜切開 縫合術) 23. 직시하심장내수술(直視下心藏內手術) 24. 체내용(體內用) Pace Maker 매입술(埋入術) 25. 비절제술(脾切除術)
소화기의 수술 (消化器의 手術)	26. 이하선(귀밑샘)종양적출술(耳下腺腫瘍 摘出術) 27. 악하선종양적출술(顎下腺腫瘍 摘出術) 28. 식도이단술(食道離斷術) 29. 위절제술(胃切除術) 30. 기타의 위 식도수술(胃 食道手術) [개흉 개복술(開胸 開腹術)을 수반하는 것] 31. 복막염수술(腹膜炎手術) 32. 간장 담낭 담도 췌장 관혈수술(肝腸 膽囊 膽道 膵臟 觀血手術) 33. 탈장 근본수술(脫腸 根本手術) 34. 충수절제술 맹장봉축술(蟲垂切除術 盲腸縫縮術) 35. 직장탈근본수술(直腸脫根本手術) 36. 기타의 장 장간막수술(腸 腸間膜手術)

수 술 종 류	
	[개복술(開腹術)을 수반하는 것] 37. 치루 탈항(항문탈출증) 치핵근본수술(痔屢 脫肛 痔核根本手術) [근치(根治)를 목적으로 한 것으로 처치 단순한 치핵(痔核)만의 수술은 제외함]
뇨·성기의 수술 (尿·性器의 수술)	38. 콩팥(신장)이식수술(腎移植手術) [수용자(受容者)에 한함] 39. 신장 신우 뇨관 방광 관혈수술(콩팥 腎盂 尿管 肪胱 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함] 40. 뇨도협착 관혈수술(尿道狹窄 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함] 41. 뇨루폐쇄 관혈수술(尿屢閉鎖觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함] 42. 음경절단술(陰莖切斷術) 43. 고환 부고환 정관 정색 정낭 전립선수술(睾丸 副睾丸 精管 精索 精囊 前立腺手術) 44. 음낭수종근본수술(陰囊手腫根本手術) 45. 자궁광범전절제술(子宮廣汎全切除術) [단순 자궁 전 절제술(單純子宮全摘)등의 자궁전절제술(子宮全切除術)은 제외함] 46. 자궁경관형성술 자궁경관봉축술(子宮經管形成術 子宮經管縫縮術) 47. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術) 48. 자궁외 임신수술(子宮外 妊娠手術) 49. 자궁탈 질탈수술(子宮脫 膣脫手術) 50. 기타의 자궁수술(子宮手術) [자궁경관 Polyp 절제술 인공임신 중절술 (子宮經管 Polyp 切除術 人工妊娠中絕術)은 제외함] 51. 난관 난소 관혈수술(卵管 卵巢 觀血手術) [경질적조작(經膣的操作)은 제외함] 52. 기타의 난관 난소수술(卵管卵巢手術)
내분비기의 수술 (內分泌器의 手術)	53. 하수체종양절제술(下垂體腫瘍切除術) 54. 갑상선수술(甲狀腺手術) 55. 부신전절제술(副腎全切除術)
신경의 수술 (神經의手術)	56. 두개내 관혈수술(頭蓋內 觀血手術) 57. 신경 관혈수술(神經 觀血手術) [형성술 이식술 절제술 감압술 개방술 염제술(形成術 移植術 切除術 減壓術 開放術 捻除術)] 58. 관혈적척수종양적출수술(觀血的脊髓腫瘍摘出手術) 59. 척수경막내외 관혈수술(脊髓硬膜內外 觀血手術)
감각기·시기의 수술 (感覺器·視器의 手術)	60. 안검하수증수술(눈꺼풀이 느러짐症手術) 61. 누소관형성술(淚小管形成術) 62. 누낭비강문합술(淚囊鼻腔吻合術) 63. 결막낭형성술(結膜囊形成術) 64. 각막이식술(角膜移植術) 65. 관혈적전방 홍채 초자체 안와내이물제거술(觀血的前房 紅彩 硝子體 眼窩內異物除去術) 66. 홍채전후유착박리술(紅彩前後癒着剝離術) 67. 녹내장 관혈수술(綠內障 觀血手術) 68. 백내장 수정체 관혈수술(白內障 水晶體觀血手術) 69. 초자체 관혈수술(硝子體 觀血手術) 70. 망막박리증수술(網膜剝離症手術) 71. Laser 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구수술(眼球手術) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] 72. 안구절제술 조직충전술(眼球切除術,組織充塡術) 73. 안와종양적출술(眼窩腫瘍摘出術) 74. 안근이식술(眼筋移植術)

수 술 종 류	
악성신생물(암)의 수술 (惡性新生物의 手術)	80. 악성신생물(암)근치수술(惡性新生物根治手術) 81. 악성신생물(암)온열요법(惡性新生物溫熱療法) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] 82. 기타의 악성신생물(암)수술(惡性新生物手術)
상기이외의 수술 (上記 以外의 手術)	83. 상기이외의 개두술(開頭術) 84. 상기이외의 개흉술(開胸術) 85. 상기이후의 개복술(開腹術) 86. 충격파(衝擊波)에 의한 체내결석파쇄술(體內結石破碎術) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
상기이외의 수술 (上記 以外의 手術)	87. Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter에 의한 뇌후 두 흉부 복부 장기수술(腦喉頭 가슴 배藏器手術) [검사 처치는 포함하지 않음. [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
신생물근치 방사선조사 (新生物根治 放射線照射)	88. 신생물근치 방사선조사(新生物根治 放射線照射) [5,000Rad 이상의 조사(照射)로 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]

【비고】

- 치료를 직접목적으로 한 수술

미용정형상의 수술, 질병을 직접원인으로 하지 않은 불임수술, 진단 검사(생검, 복강경 검사(生檢, 腹腔鏡檢査)등)를 위한 수술 등은 「치료를 직접적인 목적으로 한 수술」에 해당 되지 않습니다.

【별표11】교통사고처리특례법 제3조 2항 단서

1. 도로교통법 제5조의 규정에 의한 신호기 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호나 통행의 금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시에 위반하여 운전한 경우

2. 도로교통법 제13조제3항의 규정에 위반하여 중앙선을 침범하거나 동법 제62조의 규정에 위반하여 횡단·유턴 또는 후진한 경우

3. 도로교통법 제17조제1항 또는 제2항의 규정에 의한 제한속도를 매시 20킬로미터를 초과하여 운전한 경우

4. 도로교통법 제21조제1항·제22조·제23조 또는 제60조제2항의 규정에 의한 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지에 위반하여 운전한 경우

5. 도로교통법 제24조의 규정에 의한 건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우

6. 도로교통법 제27조제1항의 규정에 의한 횡단보도에서의 보행자보호의무를 위반하여 운전한 경우

7. 도로교통법 제43조제1항, 건설기계관리법 제26조 또는 도로교통법 제96조의 규정에 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지중에 있거나 운전의 금지중에 있는 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.

8. 도로교통법 제44조제1항의 규정에 위반하여 주취중에 운전을 하거나 동법 제45조의 규정에 위반하여 약물의 영향으로 정상한 운전을 하지 못할 염려가 있는 상태에서 운전한 경우

9. 도로교통법 제13조제1항의 규정에 위반하여 보도가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 동법 제13조제2항의 규정에 의한 보도횡단방법에 위반하여 운전한 경우

10. 도로교통법 제39조제2항의 규정에 의한 승객의 추락방지의무를 위반하여 운전한 경우

11.「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해에 이르게 한 경우

"상기외 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다."

【별표12】골절분류표

① 약관에 규정하는 골절로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하되, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절의 해당여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류코드
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골(복장뼈) 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 신체 부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명 신체부위의 골절	T14.2

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 골절의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인 분류에 따라 판단합니다.

② 진단당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표13】이차성 악성신생물

① 약관에 규정하는 이차성 악성신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하되, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 이차성 악성신생물의 해당여부를 판단합니다.

분류 코드	한글명칭	영문명칭
C77	림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes
C78	호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of respiratory and digestive organs
C79	기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of other sites
C79.0	신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of kidney and renal pelvis
C79.1	방광 및 기타 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of bladder and other and unspecified urinary organs
C79.2	피부의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of skin
C79.3	뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of brain and cerebral meninges
C79.4	신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of other and unspecified parts of nervous system
C79.5	뼈 및 골수의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of bone and marrow
C79.6	난소의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of ovary
C79.7	부신의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of adrenal gland

C79.8	기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of other specified sites
C80	부위의 명시가 없는 악성 신생물	Malignant neoplasm without specification of site

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 이차성 악성신생물의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국 표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표14】골절(치아파절제외)분류표

① 약관에 규정하는 골절(치아파절제외)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하되, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절(치아파절제외)의 해당여부를 판단합니다.

분류항목	분류기호
1. 두개골 및 안면골의 골절(치아의 파절 및 파절치 제외)	S02(S02.5 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 상세불명의 머리 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

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 골절(치아파절제외)의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표15】화상분류표

① 약관에 규정하는 화상으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하되, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 화상의 해당여부를 판단합니다.

분류항목	분류기호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 고관절 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

※ 부식 : 화학약품 등에 의한 피부 손상

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 화상의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표16】식중독분류표

① 약관에 규정하는 식중독으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하되, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 식중독의 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류코드
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장 감염	A04
4. 달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장 질환	A07
7. 바이러스성 및 기타 명시된 장 감염	A08
8. 해산물로 섭취한 유해물질의 독성효과	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독성효과	T62

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 식중독의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표17】 자동차사고부상등급표

아래의 부상등급은 자동차손해보상보장법시행령 제3조 제1항 제2호와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

상해급별	상 해 부 위
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(등골뼈) 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해 6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절 7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절 8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 9. 위팔 부위 완전 절단(팔꿈치관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 넓적다리 부위 완전 절단(무릎관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다) 14. 화상·좌창·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 목뼈 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 목뼈고정기(할로베스트)나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 8. 아래팔 완전 절단(손목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 엉덩관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 넓적다리뼈머리 골절로 수술을 시행한 상해 11. 넓적다리뼈 윗목부 분쇄 골절, 돌기 아랫부분 분쇄 골절, 관절융기 분쇄 골절, 정강이뼈(경골) 관절융기 분쇄 골절 또는 정강이뼈 먼쪽 관절 내 분쇄 골절 12. 무릎관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 종아리 완전 절단(발목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 팔다리 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다) 6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해 7. 내부 장기 손상(장간막 파열을 포함한다)으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해 8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해 9. 어깨관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 위팔 부위 완전 절단(팔꿈치관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해

상해급별	상 해 부 위
	11. 팔꿈치관절 부위 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 손목 부위 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 넓적다리뼈 또는 정강이뼈 골절(넓적다리뼈머리 골절은 제외한다) 14. 넓적다리 부위 완전 절단(무릎관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 15. 무릎관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 발목관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 발목관절의 손상으로 발목뼈의 완전탈구가 동반된 상해 18. 발목 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	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 손상(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다)으로 수술을 시행한 상해 8. 위팔뼈목 골절 9. 위팔뼈 몸통 분쇄성 골절 10. 위팔뼈 위관절융기 또는 위팔뼈 먼쪽 부위 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 작은 머리 골절에 적용한다)로 수술을 시행한 상해 11. 노뼈 먼쪽 부위 골절과 자뼈머리 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 자뼈 몸쪽 부위 골절과 노뼈머리 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 아래팔 완전 절단(손목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 노손목관절 골절 및 탈구(손목뼈간 관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해 15. 손목뼈 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 17. 불안정성 골반뼈 골절로 수술하지 않은 상해 18. 골반고리가 안정적인 골반뼈 골절(엉치뼈 골절 및 꼬리뼈 골절을 포함한다)로 수술을 시행한 상해 19. 골반뼈 관절의 분리로 수술을 시행한 상해 20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 무릎관절 탈구로 수술을 시행한 상해 22. 종아리 완전 절단(발목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 목말뼈 또는 발꿈치뼈 골절 24. 무족지 또는 다발성 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 팔다리의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사상처 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 안와 골절에 의한 겹보임[복시(複視)]로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해 3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해 4. 안정성 추체 골절 5. 상완 신경총 상부 몸통 또는 하부 몸통의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 위팔뼈 몸통 골절 7. 노뼈머리 또는 자뼈 갈고리돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 노뼈와 자뼈의 몸통 골절이 동반된 상해

상해급별	상 해 부 위
	9. 노뼈 붓돌기 골절 10. 노뼈 먼쪽부위 관절 내 골절 11. 손목 손배뼈 골절 12. 손목 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 엉덩관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 엉덩관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 넓적다리뼈머리 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 넓적다리뼈 또는 몸쪽 정강이뼈의 견열골절 18. 무릎관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 무릎관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 무릎뼈 골절 21. 발목관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 발목관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 발목뼈 골절(목말뼈 및 발꿈치뼈는 제외한다) 24. 발목발허리(리스프랑) 관절 손상 25. 3개 이상의 발허리뼈 골절로 수술을 시행한 상해 26. 발목 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 28. 아킬레스건, 무릎인대, 넓적다리 사두건 또는 넓적다리 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 팔다리 근육 또는 힘줄 파열로 6개 이상의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상해 30. 다발성 팔다리의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 팔다리의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 심장 타박 5. 폐타박상(한쪽 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다) 6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해 7. 혈흉(혈액가슴증) 또는 기흉(공기가슴증)이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해 8. 어깨관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해 9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해 10. 어깨관절 탈구로 수술을 시행한 상해 11. 어깨관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 위팔뼈 대결절 견열 골절 13. 위팔뼈 먼쪽 부위 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다) 14. 팔꿈치관절 부위 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 15. 팔꿈치관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 팔꿈치관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해 17. 노뼈 몸통 또는 먼쪽 부위 관절외 골절 18. 노뼈목 골절 19. 자뼈 팔꿈치머리 부위 골절 20. 자뼈 몸통 골절(몸쪽 부위 골절은 제외한다) 21. 다발성 손목손허리뼈 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구 22. 무지 또는 다발성 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해

상해급별	상 해 부 위
	23. 무릎관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 무릎관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해 25. 반월상(반달모양) 연골 파열로 수술을 시행한 상해 26. 발목관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 27. 발목관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 먼쪽 정강이뼈·종아리뼈 분리 28. 2개 이하의 발허리뼈 골절로 수술을 시행한 상해 29. 무족지 또는 다발성 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 30. 팔다리 근육 또는 힘줄 파열로 3개 이상 5개 이하의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상해 31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 다발성 얼굴 머리뼈 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 얼굴 머리뼈 골절 2. 겹보임을 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해 3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해 4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골(빗장뼈) 골절 6. 어깨뼈(어깨뼈가시, 어깨뼈몸통, 가슴우리 탈구, 어깨뼈목, 봉우리돌기 및 부리돌기 포함) 골절 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 노뼈머리 또는 자뼈 갈고리돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 자뼈 붓돌기 기저부 골절 11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 노손목관절 탈구(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해 13. 노손목관절 골절 및 탈구(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 손배뼈 외 손목뼈 골절 15. 손목 부위 손배뼈·반달뼈 사이 인대 파열 16. 손목손허리뼈 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 손허리뼈 골절 18. 손허리손가락관절 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 20. 골반뼈 관절의 분리로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 엉덩관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 종아리뼈 몸통 골절 또는 뼈머리 골절 23. 발목관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 발목관절 내과, 외과 또는 후과 골절 25. 무족지를 제외한 단일 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 위턱뼈, 아래턱뼈, 이틀뼈 등의 얼굴 머리뼈 골절 3. 외상성 시신경병증 4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해 5. 복합 고막 파열 6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해 7. 3개 이상의 다발성 갈비뼈 골절 8. 각종 돌기 골절(극돌기, 가로돌기) 또는 후궁 골절 9. 어깨관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 위팔뼈 위관절융기 또는 위팔뼈 먼쪽 부위 관절 내 골절(경과 골절, 과간 골절. 내과 골절, 작은 머리 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해

상해급별	상 해 부 위
	11. 팔꿈치관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 손허리뼈 골절 13. 손가락뼈의 몸쪽 손가락뼈 사이 또는 먼쪽 손가락뼈 사이 골절 탈구 14. 다발성 손가락뼈 골절 15. 무지 손허리손가락관절 측부인대 파열 16. 골반고리가 안정적인 골반뼈 골절(엉치뼈 골절 및 꼬리뼈 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 무릎관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3개 이상의 발허리뼈 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 손발가락뼈 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 팔다리의 근육 또는 힘줄 파열로 하나 또는 두 개의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상해 21. 팔다리의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 팔다리의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 팔다리의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 팔다리의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해 25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	1. 얼굴 부위의 코뼈 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 갈비뼈 골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 복장뼈(흉골) 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 팔꿈치관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 노손목관절 탈구(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 손가락뼈 골절로 수술을 시행한 상해 11. 손가락관절 탈구 12. 무릎관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 발허리뼈 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 발가락뼈 골절 또는 발가락관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절 16. 아킬레스건, 무릎인대, 넓적다리 사두건 또는 넓적다리 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 손가락·발가락 평근힘줄 1개의 파열로 힘줄 봉합술을 시행한 상해 18. 팔다리의 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 얼굴 부위 찢김상처(열상) 2. 안검과 누소관 찢김상처로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 찢김상처로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 어깨관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 손발가락관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 다리 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. 얼굴 부위의 코뼈 골절로 수술을 시행하지 않는 상해

상해급별	상 해 부 위
	3. 손가락뼈 골절 또는 손가락관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 발가락뼈 골절 또는 발가락관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애 2. 3cm 미만 얼굴 부위 찢김상처 3. 척추 염좌 4. 팔다리 관절의 근육 또는 힘줄의 단순 염좌 5. 팔다리의 찢김상처로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 팔다리 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 찢김상처로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 갈비뼈 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 내부장기 손상(장간막파열을 포함한다)으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 손발가락 관절 염좌 3. 팔다리의 단순 타박 4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

【별표18】과로사 관련 질병분류표

① 약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관 질환 내지 심질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하되, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌혈관 질환 및 심질환의 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
고혈압성 심장병	I11
고혈압성 심장 및 신장 질병	I13
급성심근경색증	I21
협십증	I20
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 머리내 출혈	I62
뇌경색증	I63
대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
고혈압성 뇌병증	I67.4

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관 질환 내지 심질환으로 분류되는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표19】과로사 관련 특정질병분류표

① 약관에 규정하는 과로사 관련 특정질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하되, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 과로사 관련 특정질환으로 분류되는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 바이러스간염	B15~B19
2. 고혈압성 심장병	I11
3. 고혈압성 심장 및 신장 질병	I13
4. 급성 심근경색증	I21
5. 협심증	I20
6. 거미막하출혈	I60
7. 뇌내출혈	I61
8. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
9. 뇌경색증	I63
10. 대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
11. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
12. 고혈압성 뇌병증	I67.4
13. 간의 질환	K70~K77
14. 거대세포바이러스성 간염	B25.1+
15. 톡소포자충간염	B58.1+

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 과로사 관련 특정질환으로 분리되는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표20】마라톤관련 특정 질병분류표

① 약관에 규정하는 한국표준질병 사인 분류에 있어서 마라톤 활동관련으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하되, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서의 한국표준질병사인 분류에 있어서 마라톤 활동관련으로 분류되는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
▷ 급성심근경색증	
1. 급성심근경색	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
▷ 뇌출혈, 뇌경색	
- 대뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색(증)	I63
▷ 열사병 및 일사병등	T67.0 ~ T67.7
▷ 저체온증	T68

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 마라톤 활동관련으로 분류되는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표21】전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법

([시행 2016.12.1.] [법률 제14242호, 2016.5.29., 타법개정])

제1조(목적)

이 법은 전기통신금융사기를 방지하기 위하여 정부의 피해 방지 대책 및 금융회사의 피해 방지 책임 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 재산상의 이익을 취하거나 제3자에게 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

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 피해자의 자금이 송금·이체된 계좌 및 해당 계좌로부터 자금의 이전에 이용된 계좌를 말한다.
5. "피해금"이란 전기통신금융사기로 인하여 피해자의 계좌에서 사기이용계좌로 송금·이체된 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.

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 자체점검을 통하여 이용자의 계좌가 전기통신금융사기의 피해를 초래할 수 있는 의심거래계좌(이하 "피해의심거래계좌"라 한다)로 이용되는 것으로 추정할 만한 사정이 있다고 인정되면 해당 이용자 계좌의 전부 또는 일부에 대하여 이체 또는 송금을 지연시키거나 일시 정지하는 조치(이하 "임시조치"라 한다)를 하여야 한다.

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.

제3조(피해구제의 신청)

① 피해자는 피해금을 송금·이체한 계좌를 관리하는 금융회사 또는 사기이용계좌를 관리하는 금융회사에 대하여 사기이용계좌의 지급정지 등 전기통신금융사기의 피해구제를 신청할 수 있다.

② 제1항에 따라 피해구제의 신청을 받은 금융회사는 다른 금융회사의 사기이용계좌로 피해금이 송금·이체된 경우 해당 금융회사에 대하여 필요한 정보를 제공하고 지급정지를 요청하여야 한다.

③ 제1항에 따른 피해구제의 신청 및 제2항에 따른 지급정지의 요청에 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 신청 또는 제3조제2항에 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. 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 한다.

1. 제1항에 따라 지급정지된 사기이용계좌의 명의인(이하 "명의인"이라 한다)
2. 제3조제1항에 따라 피해구제신청을 한 피해자
3. 피해금을 송금·이체한 계좌를 관리하는 금융회사
4. 금융감독원
5. 수사기관. 다만, 제1항제2호에 따라 정보를 제공한 경우에 한정한다.

③ 금융회사는 제1항제1호 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)

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

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 아니하다.
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

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. 제13조의2제1항에 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 제5조제2항에 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 제1항에 따른 피해구제 신청이 있는 경우 금융회사는 해당 거래내역 등을 확인하여 피해자로 인정된다고 판단하는 경우 금융감독원에 해당 피해금에 대한 채권소멸절차의 개시 공고를 요청하여야 한다.

③ 제2항에 따라 공고 요청을 받은 금융감독원은 지체 없이 해당 사항을 공고하여야 한다. 이 경우 채권소멸절차 개시의 공고 요청 및 공고에 관하여는 제5조제1항 및 제2항을 준용한다.

④ 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 제4조제1항에 따른 지급정지 또는 제13조의2제3항에 따른 전자금융거래 제한이 이루어진 날부터 제5조제2항에 따른 공고일을 기준으로 2개월이 경과하기 전까지 해당 계좌가 사기이용계좌가 아니라는 사실을 소명하여 지급정지, 전자금융거래 제한 및 채권소멸절차에 대하여 이의를 제기할 수 있다.

② 제1항에 따른 이의제기를 접수한 금융회사는 이의제기 사실을 즉시 피해구제 신청을 한 피해자 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, 제1호에 해당하는 경우에는 전자금융거래 제한을 종료하지 아니 한다.
1. 제5조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유가 발생한 경우
2. 제7조제1항에 따른 이의제기가 있는 경우
3. 금융감독원 또는 수사기관이 해당 계좌가 사기이용계좌가 아니라고 인정하는 경우
4. 피해환급금 지급이 종료된 경우
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 경우

② 금융회사는 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 때에는 지급정지를 해제하지 아니한다.
1. 제5조제1항제1호에 따라 소송이 법원에 계속 중인 경우
2. 제7조제2항에 따라 명의인의 이의제기 사실을 피해자가 통보받은 날부터 2개월이 경과하기 전. 다만, 명의인이 해당 계좌가 사기이용계좌가 아니라는 사실을 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 제6조제3항에 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

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. 소멸된 채권이 피해금에 해당하지 아니하는 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 통지받은 경우 해당 명의인을 전자금융거래가 제한되는 자(이하 이 조에서 "전자금융거래제한대상자"라 한다)로 지정하여야 한다.

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 미래창조과학부장관에게 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 금융감독원장

으로 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)
금융회사 및 금융감독원은 제3조제2항, 제4조제2항, 제5조제1항·제2항, 제6조제2항부터 제4항까지, 제7조제2항, 제8조제3항, 제9조제2항, 제10조제3항 및 제13조의2제2항·제3항에 따라 필요한 자료를 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에도 불구하고 요청·제공하거나 공고할 수 있다.

제15조의2(벌칙)
① 전기통신금융사기를 목적으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다.
1. 타인으로 하여금 컴퓨터 등 정보처리장치에 정보 또는 명령을 입력하게 하는 행위
2. 취득한 타인의 정보를 이용하여 컴퓨터 등 정보처리장치에 정보 또는 명령을 입력하는 행위

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 제3조제1항에 따른 피해구제를 신청한 자
2. 거짓으로 제3조제2항에 따른 지급정지를 요청한 자
3. 거짓으로 제6조제1항에 따른 피해구제를 신청한 자
4. 거짓으로 제7조제1항에 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. 제2조의2제2항에 따른 개선계획을 제출·이행하지 아니한 금융회사
2. 제2조의4제1항을 위반하여 본인확인조치를 하지 아니한 금융회사
3. 제4조제1항제1호 또는 제2호를 위반하여 지급정지 등의 조치를 취하지 아니한 금융회사
4. 제5조제1항 또는 제6조제2항을 위반하여 채권소멸절차의 개시에 관한 공고 요청을 하지 아니한 금융회사
5. 제8조제1항을 위반하여 지급정지 및 채권소멸절차를 종료하지 아니한 금융회사
6. 제10조제1항을 위반하여 피해환급금을 피해자에게 지급하지 아니한 금융회사
7. 제13조의2제3항을 위반하여 전자금융거래를 처리한 금융회사

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 500만원 이하의 과태료를 부과한다.
1. 제3조제2항을 위반하여 지급정지 요청을 하지 아니한 금융회사
2. 제4조제2항 각 호 외의 부분 본문을 위반하여 해당 지급정지 조치에 관한 사항을 통지하지 아니한 금융회사
3. 제7조제2항을 위반하여 명의인의 이의제기를 피해자에게 통지하지 아니한 금융회사

③ 제1항 및 제2항에 따른 과태료는 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융위원회가 부과·징수한다.

【별표22】뇌혈관질환 분류표

① 약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하되, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환의 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표23】허혈성심장질환 분류표

① 약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하되, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 허혈성심장질환의 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특종 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

주) 제9차 개정이후 이 약관에서 보장하는 허혈성심장질환의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표24】수술분류표(1~5종)

Ⅰ. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
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)	3
	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 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(縱郤隔腫瘍), 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
	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)	4

구분	수술명	수술종류
	[개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	
	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
비뇨기계·생식기계의 수술(인공임신 중절수술은 제외함)	44. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류 교정수술은 제외]	4
	45. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	46. 방광류 교정수술	1
	47. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	48. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	49. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	50. 음낭관혈수술	1
	51. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	52. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	53. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	54. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	55. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	56. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	57. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	58. 신경(神經) 관혈수술	2
	59. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	60. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술[약물주입술은 제외]	61. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 포함)	1
	62. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	63. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	64. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	65. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	66. 각막, 공막 이식수술	2
	67. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	68. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	69. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	70. 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
	71. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술	1

구분	수술명	수술종류
	[시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	72. 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
	73. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	74. 안와내종양절제수술	3
	75. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	76. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	77. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술[고막 패치술은 제외]	2
	78. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	79. 중이(中耳) 관혈수술[중이내 튜브유치술 제외]	2
	80. 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
	81. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술[검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	82. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	83. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	84. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	85. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	86. 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.]	
	86-1. 뇌, 심장	3
	86-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	86-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

㈜ 상기 1 ~ 85항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 86항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강 경에 의한 수술은 해당부위(1 ~ 85 항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
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] 1-1. 기타피부암(C44)	5 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 NG포함하지 않습니다.

3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.

- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의

수술로 인정합니다.

- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

Ⅲ. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목 수술종류	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.

(수술분류표(1~5종) 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술하는 것을 말합니다. 이 때 수술이란 <수술분류표(1~5종)>에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단) 등은 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 또는 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <수술분류표(1~5종)> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준: <수술분류표(1~5종)>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선 조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   ⑴ <수술분류표(1~5종)> 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <수술분류표(1~5종)> 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일로부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
   ⑵ 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <수술분류표(1~5종)> 중 'Ⅰ.일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 86항 (악성신생물의 경우는 'Ⅱ. 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 악성신생물을 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 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   ⑴ 미용 성형상의 수술
   ⑵ 피임(避妊) 목적의 수술
   ⑶ 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   ⑷ 검사 및 진단을 위한 수술 [생검 (生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]