현대단체상해보험Ⅱ 약관

(약관분류코드: 8222-0000-20180101)

현대해상화재보험

목 차

■ 약 관

□ 보 통 약 관 13 - 29

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 5 관 보험료의 납입
제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)
제 24 조(제 2 회 이후 보험료의 납입)
제 25 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
제 26 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
제 27 조(강제집행 등으로 인하여 해지된계약의 특별부활(효력회복))

제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등
제 28 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)
제 29 조(중대사유로 인한 해지)
제 30 조(회사의 파산선고와 해지)
제 31 조(보험료의 환급)

제 7 관 분쟁의 조정 등
제 32 조(분쟁의 조정)
제 33 조(관할법원)
제 34 조(소멸시효)
제 35 조(약관의 해석)
제 36 조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)
제 37 조(회사의 손해배상책임)
제 38 조(개인정보보호)
제 39 조(준거법)
제 40 조(예금보험에 의한 지급보장)

□ 특 별 약 관

30 - 407

【제도성 특별약관】

단체계약 특별약관

단체계약보험료정산 추가특별약관

보험료정산 추가특별약관(특정단체용)

상품다수구매자보험계약 특별약관

상품다수구매자보험료정산 추가특별약관

상품다수구매자보험기간설정에관한 추가특별약관

배우자보장 추가특별약관

자녀보장 추가특별약관

상품의 추가구매로 인한 중복보장제외 추가특별약관

질병확장보장 추가특별약관(Ⅱ)

상해확장보장 특별약관

상해손해보장제외 특별약관

부부보장 특별약관(Ⅰ)

가족보장 특별약관(Ⅰ)

부부보장 특별약관(Ⅱ)

가족보장 특별약관(Ⅱ)

보험금지급 추가특별약관

보험료분납 특별약관(Ⅰ)

단체포괄계약 특별약관

단체피보험자지위유지 특별약관

단체계약보험기간설정에관한 추가특별약관

환율 특별약관

【상해 및 질병관련 특별약관】

사망및고도후유장해보장 특별약관

( )%이상고도후유장해발생보장 특별약관

( )%미만후유장해보장 특별약관

사망위험보장제외 특별약관

후유장해위험보장제외 특별약관

업무중상해보장 특별약관

업무중상해사망및고도후유장해보장 특별약관

업무외상해보장 특별약관

레저활동중상해보장 특별약관

휴일상해보장 특별약관

휴일상해사망및고도후유장해보장 특별약관

신주말상해보장 특별약관

특정여가활동중상해보장 특별약관

특수운동중상해위험보장 특별약관

특수운전중상해위험보장 특별약관

교통상해보장 특별약관

교통상해사망및고도후유장해보장 특별약관

고속도로교통상해보장 특별약관

자동차운전중교통사고상해위험보장 특별약관

자동차동승중교통사고상해위험보장 특별약관

자동차교통상해보장 특별약관

휴일교통상해보장 특별약관

휴일교통상해사망및고도후유장해보장 특별약관

신주말교통상해보장 특별약관

대중교통이용중상해보장 특별약관

뺑소니·무보험차상해보장 특별약관

철도/지하철/항공기교통상해보장 특별약관

신체부위별후유장해보장 특별약관

자전거상해보장 특별약관

화재/폭발/붕괴사고 상해보장 특별약관

학교생활중상해보장 특별약관

학교생활외상해보장(Ⅰ) 특별약관

학교생활외상해보장(Ⅱ) 특별약관

사립학교교직원상해보장 특별약관

일부상해위험부보장 추가특별약관

교통카드회원상해보장 특별약관

항공기탑승중상해보장 특별약관

항공기 1 회탑승당상해보장 특별약관

국내전용신용카드회원 항공기탑승중 상해보장 특별약관

법인공용회원보장 추가특별약관

국제신용카드회원항공기탑승중상해보장 특별약관

법인공용회원보장 추가특별약관

강도상해사망·후유장해보장 특별약관

침입강도상해사망·후유장해보장 특별약관

CD/ATM 강도상해사망·후유장해보장 특별약관

종교활동중상해보장 특별약관

화재상해보장 특별약관

스포츠단체상해보장 특별약관

프로및아마츄어스포츠단체상해보장 특별약관

스포츠활동중상해보장 특별약관

스포츠활동중상해입원일당보장 특별약관

스포츠활동중골절수술보장 특별약관

노동조합활동중상해보장 특별약관

방송국출연진단체상해보장 특별약관

자동차경기단체상해보장 특별약관

외국인산업기술연수자단체상해보장 특별약관

스카우트대원및지도자단체상해보장 특별약관

RCY 단체활동상해보장 특별약관

해양소년단단체상해보장 특별약관

한국우주소년단대원및지도자단체상해보장 특별약관

해외주재원신변안전상해보장 특별약관

해외주재원전쟁위험추가보장 추가특별약관

골프활동중상해보장 특별약관

군인영외체류기간중상해보장 특별약관

군인영외체류기간중교통상해보장 특별약관

군인영외체류기간중대중교통상해보장 특별약관

병상해질병사망보장 특별약관

자동차(이륜차 제외)교통상해보장 특별약관

자전거사고상해진단보장 특별약관

상해입원일당보장 특별약관

교통상해입원일당보장 특별약관

업무중상해입원일당보장 특별약관

신주말상해입원일당보장 특별약관

신주말교통상해입원일당보장 특별약관

질병입원일당보장 특별약관

질병입원일당출산보장 추가특별약관

소득보상금보장 특별약관

교통상해소득보상금보장 특별약관

휴일교통상해소득보상금보장 특별약관

업무중상해소득보상금보장 특별약관

휴업손해장해보장 특별약관

실업손해보상금보장 특별약관

교통상해입원위험보장 특별약관

상해입원위험보장 특별약관

질병입원위험보장 특별약관

장애발생보장 특별약관

산업재해사망보장 특별약관

산업재해질병사망보장 특별약관

산업재해상해사망보장 특별약관

산업재해장해보장 특별약관

산업재해질병장해보장 특별약관

의사상자상해보장 특별약관

자원봉사활동중 상해보장 특별약관

자원봉사활동중 상해입원일당보장 특별약관

자원봉사활동중 교통상해입원일당보장 특별약관

자원봉사활동중 질병입원일당보장 특별약관

자원봉사활동중 배상책임보장 특별약관

자원봉사활동중 상해통원일당보장 특별약관

자원봉사활동중 골절수술위험보장 특별약관

자원봉사활동중 골절진단보장 특별약관

자원봉사활동중 골절진단(치아파절제외)보장 특별약관

자원봉사활동중 폭력피해발생보장 특별약관

자원봉사활동중 화상수술위험보장 특별약관

자원봉사활동중 화상진단보장 특별약관

자원봉사활동중 익사사고사망보장 특별약관

자원봉사활동중 탈구,신경손상,압착손상진단비보장 특별약관

자원봉사활동중 외상성절단진단비보장 특별약관

자원봉사활동중 성폭력범죄발생보장 특별약관

자원봉사활동중 상해흉터성형수술비보장 특별약관

자원봉사활동중 강력범죄발생보장 특별약관

자원봉사활동중 유괴・인신매매피해발생보장 특약

자원봉사활동중 의사상자상해보장 특별약관

자원봉사활동중 식중독입원일당보장 특별약관

자원봉사활동중 특정전염병발생보장 특별약관

자원봉사활동중 뇌・내장수술보장 특별약관

마라톤대회중상해보장 특별약관(대회당)

마라톤대회중특정질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관(대회당)

마라톤대회중상해골절수술위험보장 특별약관(대회당)

마라톤대회중상해보장 특별약관(연간)

마라톤대회중특정질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관(연간)

연구활동종사자사망후유장해보장 특별약관

연구활동종사자의료실비보장 특별약관

연구활동종사자입원일당보장 특별약관

연구활동종사자장의비보장 특별약관

폭력피해발생보장 특별약관

학생폭력상해보장 특별약관

학생폭력상해입원일당보장 특별약관

특정전염병발생보장 특별약관

식중독입원위험보장 특별약관

식중독입원일당보장 특별약관

골절수술위험보장 특별약관

골절진단보장 특별약관

골절진단(치아파절제외)보장 특별약관

화상수술위험보장 특별약관

화상진단보장 특별약관

익사사고사망보장 특별약관

강력범죄발생보장 특별약관

상해흉터성형수술비보장 특별약관

자동차사고성형수술위험보장 특별약관

탈구,신경손상,압착손상진단비보장 특별약관

외상성절단진단비보장 특별약관

뇌・내장수술보장 특별약관

성폭력범죄상해보장 특별약관

성폭력범죄발생보장 특별약관

헌혈후유증보장 특별약관

자동차사고상해 ( )주이상진단위험보장 특별약관

자동차(이륜차제외)사고상해 ( )주이상진단위험보장 특별약관

질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관

질병사망보장 특별약관

질병 80%고도후유장해보장 특별약관

사립학교교직원질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관

사립학교교직원질병사망보장 특별약관

사립학교교직원질병 80%고도후유장해보장 특별약관

과로사관련특정질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관

근로자과로사보장 특별약관

암사망및 80%고도후유장해보장 특별약관

암치료비보장특별약관(I)

암치료비보장 특별약관(II)

암수술급여금보장 특별약관

암입원일당보장 특별약관

특정암사망및 80%고도후유장해보장 특별약관

특정암치료비보장 특별약관

여성 3 대암치료비보장 특별약관

고액치료비암진단비보장 특별약관

소아 3 대암치료비보장 특별약관

전자파암사망및 80%고도후유장해보장 특별약관

전자파암치료비보장 특별약관

누적외상성질환(VDT 증후군)입원일당보장 특별약관

뇌혈관질환치료비보장 특별약관

급성심근경색증치료비보장 특별약관

뇌졸중치료비보장 특별약관

뇌출혈치료비보장 특별약관

허혈성심장질환치료비보장 특별약관

치매입원위험보장 특별약관

3 대장애발생보장 특별약관

척추옆굽음증진단보장 특별약관

백혈병진단보장 특별약관

수술비용보장 특별약관

유방절제수술비보장 특별약관

깁스치료비보장 특별약관

요양비보장 특별약관

치아보철치료비보장 특별약관(Ⅱ)

치아보철(임플란트,브릿지,틀니)치료비보장 특별약관

치아보철(크라운)치료비보장 특별약관

치아치료비보장 특별약관

발치치료보험금보장제외 추가특별약관

치주질환치료보험금보장제외 추가특별약관

모성사망보장 특별약관

분만자궁적출발생보장 특별약관

뇌성마비발생보장 특별약관

조혈모세포이식수술비보장 특별약관

저체중아육아비용보장 특별약관

주산기질환입원일당(4 일이상)보장 특별약관

임신·출산질환입원일당(4 일이상)보장 특별약관

유산입원일당(4 일이상)보장 특별약관

임신·출산질환수술보장 특별약관

유산수술보장 특별약관

다중골절진단위험보장 특별약관

스쿨존내어린이교통사고부상치료비 특별약관

【배상책임관련 특별약관】

일상생활배상책임보장 특별약관

학생배상책임보장 특별약관

골프중배상책임보장 특별약관

스포츠활동중배상책임 특별약관

【비용손해관련 특별약관】

벌금보장 특별약관

교통사고처리지원금보장 특별약관(동승자포함)

교통사고처리지원금보장 특별약관(동승자제외)

교통사고처리지원금보장(이륜자동차포함) 특별약관(동승자포함)

교통사고처리지원금보장(이륜자동차포함) 특별약관(동승자제외)

자동차사고변호사선임비용(약식기소제외)보장 특별약관

자전거사고벌금보장 특별약관

자전거사고변호사선임비용(약식기소제외)보장 특별약관

유괴·납치·인질발생보장 특별약관

유괴·인신매매피해발생보장 특별약관

미아찾기지원금보장 특별약관

자녀양육비용보장 특별약관

의료사고법률비용보장 특별약관

전화금융사기보장 특별약관

국내연수외국인특별비용보장 특별약관

【실손의료비관련 특별약관】

기본형 실손의료비보장 특별약관

비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료보험 특별약관

비급여 주사료 실손의료보험 특별약관

비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료보험 특별약관

질병입원실손의료비출산확장보장 추가특별약관

질병통원실손의료비출산확장보장 추가특별약관

입원의료실비치과(비급여)보장 추가특별약관

입원실손의료비한방(비급여)보장 추가특별약관

국민건강보험비가입자 추가특별약관

기본형 실손의료비상해확장보장 추가특별약관

기본형 실손의료비질병확장보장 추가특별약관

특약형 실손의료비확장보장 추가특별약관

해외치료입원의료비보장 특별약관

특수운동중상해실손의료비보장 추가특별약관

특수운전중상해실손의료비보장 추가특별약관

【별표 1】장해분류표
【별표 2】과로사관련 특정질병 분류표
【별표 3】악성신생물(암) 분류표
【별표 4】제자리신생물 분류표
【별표 5】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표
【별표 6】임신, 출산 및 산후기 분류표
【별표 7】특정암(남자 3 대암/여자특정암) 분류표
【별표 7-1】여성 3 대암 분류표
【별표 8】수술분류표
【별표 9】교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서
【별표 10】누적외상성질환(VDT 증후군) 분류표
【별표 11】전자파관련 특정암 분류표
【별표 12】급성심근경색증 및 뇌졸중
【별표 13】소아 3 대암 분류표
【별표 14】식중독 분류표
【별표 15】골절 분류표
【별표 16】화상 분류표
【별표 17】특정전염병 분류표
【별표 18】고액치료비암 분류표
【별표 19】과로사 분류표
【별표 20】마라톤관련 특정질병 분류표
【별표 21】치매 분류표
【별표 22】급성심근경색증 및 뇌출혈
【별표 23】산재장해분류표
【별표 24】허혈성심장질환 및 뇌혈관질환
【별표 25】급성심근경색증 및 뇌혈관질환
【별표 26】연구활동종사자 관련 후유장해 지급률표

【별표 27】 척추옆굽음증 분류표
【별표 28】 백혈병 분류표
【별표 29】 장애인의 장애등급표
【별표 30】 임신・출산 관련 질환 분류표
【별표 31】 유산 분류표
【별표 32】 출생전후기에 발생한 주요병태 분류표
【별표 33】 탈구,신경손상,압착손상 분류표
【별표 34】 외상성절단 분류표
【별표 35】 뇌·내장손상 분류표
【별표 36】 유방절제수술 분류표
【별표 37】 다발골절 분류표
【별표 38】 자동차사고부상등급표

현대단체상해보험Ⅱ 보통약관

제 1 관 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: 【별표 1】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 1 년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1 년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 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.

제 2 관 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(【별표 1】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금

제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 '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 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표 1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제 2 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1 년 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 제 3 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(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 2 회 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 제 7 항에 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 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 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 제 3 조(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. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제 6 조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제 3 조(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 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)

② 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급하며, 배상책임손해 및 재산손해에 관한 보험금은 보험금 청구서류를 접수 받은 후 지체없이 결정하고 그 보험금이 결정되면 7 일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사.확인하기 위해 필요한 기간이 제 1 항의 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 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.

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

③ 제 2 항에 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 제 2 항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 배상책임 및 재산손해 보장의 경우 제 1 항에 의하여 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑥ 회사가 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다) 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표> '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연될 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑦ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 15 조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제 2 항의 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.

⑧ 회사는 제 7 항의 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. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

3. 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 제 1 항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

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 제 1 항에서 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 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 호의 경우는 피보험자의 법정상속인, 같은 조 제 2 호의 경우는 피보험자로 합니다.

제 12 조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2 명 이상인 경우에는 각 대표자를 1 명 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 1 명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2 명 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 제 3 조(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 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.

② 회사는 제 1 항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1 개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제 1 항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 '변경전 요율'이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 '변경후 요율'

이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제 3 항에 의해 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 1 개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제 13 조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 1 항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을때

② 제 1 항 제 1 호의 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 1 개월 이상 지났거나 또는 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2 년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1 년)이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3 년이 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 제 1 항에 따라 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 31 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

④ 제 1 항 제 1 호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회

사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 31 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

⑤ 제 1 항 제 2 호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 3 항 또는 제 4 항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제 1 항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제 4 항 및 제 5 항에 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 5 년 이내(사기사실을 안 날부터 1 개월 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, 제 1 회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30 일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30 일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

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

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

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

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

② 회사가 제 1 항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약

서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명 또는 동법 제 2 조 제 3 호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다

③ 제 2 항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제 1 항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

④ 제 2 항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 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. 만 15 세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제 2 호의 만 15 세 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 제 1 회 보험료를 납입한 때부터 1 년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제 1 항 제 5 호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 31 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제 2 항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제 1 항에 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, 제 20 조(계약의 무효) 제 2 호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제 1 항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6 개월 미만의 끝수는 버리고 6 개월 이상의 끝수는 1 년으로 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: 1988 년 10 월 2 일, 현재(계약일): 2014 년 4 월 13 일 ⇒ 2014 년 4 월 13 일 - 1988 년 10 월 2 일 = 25 년 6 월 11 일 = 26 세

제 5 관 보험료의 납입

제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

② 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제 1 회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제 2 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제 13 조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제 15 조(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 제 1 항 내지 제 3 항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제 24 조(제 2 회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제 2 회 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 제 2 회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 25 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 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 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명 또는 동법 제 2 조 제 3 호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제 1 항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제 1 항에 따라 계약이 해지되고 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 31 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 26 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제 25 조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 제 31 조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3 년 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 '평균공시이율 + 1%' 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제 1 항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 13 조(계약 전 알릴의무), 제 15 조(알릴 의무 위반의 효과), 제 16 조(사기에 의한 계약), 제 17 조(보험계약의 성립) 및 제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

③ 제 1 항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약 시 제 13 조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 27 조(강제집행 등으로 인하여 해지된계약의 특별부활(효력회복))

① 타인을 위한 계약의 경우 제 31 조(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 제 21 조(계약내용의 변경 등) 제 1 항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

③ 회사는 제 1 항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제 1 항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제 1 항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7 일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7 일을 지나서 도달하고 이후 보험수익자가 제 1 항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7 일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제 3 항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15 일 이내에 제 1 항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제 28 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 제 31 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제 20 조(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 제 31 조(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 29 조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1 개월 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 제 1 항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 31 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 30 조(회사의 파산선고와 해지)

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

② 제 1 항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3 개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제 1 항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제 2 항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제 31 조(보험료의 환급)에 의한 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 31 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 아니한 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1 년미만의 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 1 년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제 1 항의 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 32 조(분쟁의 조정)

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

제 33 조(관할법원)

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

제 34 조(소멸시효)

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

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다

제 35 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 36 조(회사가 제작한 보험안내자료의 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.

제 37 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 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제 2 항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제 38 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 39 조(준거법)

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

제 40 조(예금보험에 의한 지급보장)

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

현대단체상해보험Ⅱ 특별약관

【제도성 특별약관】

단체계약 특별약관

제 1 조(계약의 적용 범위)

① 피보험자가 다음중 한가지의 단체에 소속되어야 하며, 단체를 대표하여 계약자로 된 자가 단체보험 계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

1. 제 1 종 단체

   동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5 인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.

2. 제 2 종 단체

   비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회등 동업자단체로서 5 인 이상의 구성원이 있는 단체

3. 제 3 종 단체

   그밖에 단체의 구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5 인 이상의 구성원이 있는 단체

② 제 1 항의 대상단체에 소속된 자로서 동일한 보험계약을 체결한 5 인 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. 제 1 항 제 2 호 및 제 3 호에 해당하는 단체는 내규에 의해 단체의 대표자와 보험회사가 협정에 의해 체결하여야 합니다.

제 2 조(상법 제 735 조 3 의 적용)

① 제 1 조의 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 제 1 항의 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 제 2 항을 충족하고 있는 지 확인을 해야 하며, 계약자는 이에 협조하여야 합니다.

제 3 조(단체요율의 적용)

① 제 1 조의 단체는 단체요율을 적용할 수 있습니다. 다만, 제 3 종 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 제 1 항 및 제 2 항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 보험의 목적에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

④ 제 1 항에 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 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자는 회사의 승낙을 얻어 개별계약으로 전환할 수 있으며, 이 경우 피보험자는 개별계약의 계약자가 됩니다.

② 제 1 항에 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(보험증권(보험가입증서)의 발급)

① 회사는 보험계약자에게 보험증권(보험가입증서)을 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.

단체계약보험료정산 추가특별약관

제 1 조(보험료의 정산)

① 회사는 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체) 제 2 항에도 불구하고 이 추가약관에 따라 보험료를 정산합니다.

② 회사는 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체) 제 3 항과 관계없이 보험료가 정산되기 이전 일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제 2 조(피보험자의 명부)

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

제 3 조(예치 보험료)

예치보험료는 계약체결일 이전 1 개월 동안 1 일 평균인원수에 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

제 4 조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10 일까지 전월말까지의 피보험자에 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 제 1 항에 의한 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치 보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제 5 조(준용규정)

이 추가약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

보험료정산 추가특별약관(특정단체용)

제 1 조 (보험료의 정산)

① 회사는 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체) 제 2 항에도 불구하고 이 추가약관에 따라 보험료를 정산합니다.

② 회사는 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체) 제 3 항과 관계없이 보험료가 정산되기 이전 일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험료정산기간)

① 보험기간동안 계약자와 회사가 정한 기간마다 보험료를 정산하기로 약정하고, 이 기간을 보험료 정산기간(「정산기간」)이라 합니다)이라 합니다.

② 계약자는 회사와 다음 중 어느 하나의 것으로 보험료를 정산하기로 약정하여야 합니다.

1. 계약 기간중

- 매월 □, - 매 6 개월 □, - 기타 □ ( )

2. 보험기간 종료후 □

제 3 조(예치보험료)

계약을 체결할 때 계약자는 보험계약기간 중의 예상 피보험자의 수 및 보험가입조건을 회사에 제출하여야 하며, 동 조건 등에 따라 산출된 1 개월 이상의 추정보험료(이하『예치보험료』)라 합니다)를 납입합니다.

제 4 조(보험료의 정산방법)

① 계약자는 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출해야 합니다.

② 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.

③ 회사는 계약자로부터 정산기간 동안의 피보험자 수를 통지 받아 매 정산기간 종료 후 10 일 이내에 실제보험료를 아래와 같이 산출한 후 위 제 3 조의 예치보험료와의 차액을 받거나 돌려 드립니다. 다만, 실제보험료는 예치보험료의 2/3 을 밑돌 수 없습니다.

$$\frac{(\text{최초 시작시 피보험자수} + \text{보험기간 만료시 피보험자수})}{2} \times 1\text{ 인당보험료} = \text{실제보험료}$$

제 5 조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체계약 특별약관을 따릅니다.

상품다수구매자보험계약 특별약관

제 1 조(적용범위)

① 이 특별약관은 상품다수판매자가 자기의 관리하에 운영·유지되는 상품구매자 다수를 피보험자로 하여 보험계약을 체결하는 경우에 적용합니다.

② 제 1 항의 상품구매자란 각종 재화, 용역 및 서비스의 구매자를 말합니다.

③ 제 1 항의 총 피보험자수는 100 명 이상이어야 합니다.

제 2 조(계약자)

계약자는 제 1 조(적용범위)의 상품다수구매자 다수를 대표하여 계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

제 3 조(보험가입금액)

피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

제 4 조(피보험자의 증가, 감소, 또는 교체)

① 계약을 맺은 후 피보험자를 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 보험계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.

② 보험기간 중 피보험자의 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며, 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인해 발생되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려드립니다.

③ 회사는 계약자 또는 피보험자가 제 1 항, 제 2 항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조(약관 등의 교부)

회사는 계약자에게만 보험증권 및 약관을 교부하여 드립니다. 단, 회사가 필요한 경우 피보험자에게 보험증권 및 약관의 주요 내용을 요약한 요약 약관을 보내드릴 수 있습니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상품다수구매자보험료정산 추가특별약관

제 1 조(보험료의 정산)

① 회사는 상품다수구매자 보험계약 특별약관(이하 "특별약관" 이라 합니다.) 제 4 조(피보험자의 추가, 감소, 또는 교체) 제 2 항에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.

② 회사는 상품다수구매자 보험계약 특별약관 제 4 조(피보험자의 증가, 감소, 또는 교체) 제 3 항과 관계없이 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험가입금액)

특별약관 제 3 조(보험가입금액)의 규정에 관계없이 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 3 조(피보험자의 통지)

① 계약자는 피보험자의 증감이 있을 경우 아래 【양식 1】에 정한 양식으로 회사에 서면(팩시밀리를 포함합니다) 통지하여야 합니다.

② 회사의 보장은 제 1 항의 통지가 회사에 접수되는 시점으로 하며 우편통지시 그 통지가 지연된 경우에는 우체국 소인이 찍힌 날로부터 3 일이 지나면 회사에 접수된 것으로 봅니다.

③ 제 1 항에도 불구하고 계약자가 자기의 재화, 용역 및 서비스를 판매한 날짜 및 시간이 입력된 M/T 등 전산 자료를 회사에 제공할 수 있을 경우에는 다음 어느 하나의 기간 단위로 피보험자 증감내역을 통보합니다.

- 매주 □, - 매 6 개월 □, -기타 □,( )

제 4 조(보험료 정산기간)

계약자는 다음 중 어느 하나의 것으로 보험료를 정산하기로 약정하고, 이 기간을 보험료정산기간(이하 "정산기간" 이라 합니다)이라 합니다

① 보험계약 기간중

- 매주 □, - 매 6 개월 □, -기타 □,( )

② 보험기간 종료후 □

제 5 조(예치보험료)

계약자는 제 4 조(보험료 정산기간)의 매 정산기간이 시작될 때 마다 정산기간동안의 예상피보험자수에 정해진 보험요율을 적용하여 산출한 보험료(이하 "예치보험료" 라 합니다)를 회사에 납입하여야 합니다.

제 6 조(보험료의 정산방법)

① 계약자는 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 경우에는 보험계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.

③ 회사는 제 3 조에 의해 통지된 내용에 따라 정산기간 동안의 실제보험료를 산출한 후 매 정산기간 종료후 7 일 이내에 제 5 조(예치보험료)의 예치보험료와의 차액을 받거나 돌려드립니다.

④ 회사는 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다. 다만, 제 3 항의 피보험자 통지가 이루어진 경우에 한합니다.

제 7 조(보험기간의 설정)

회사는 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 보험계약자가 요청하는 기간으로 합니다. 다만, 이 계약기간 중에 피보험자 감소의 경우 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 합니다.

제 8 조(적용 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 9 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 상품다수구매자 보험계약 특별약관을 따릅니다.

【양식 1】

피보험자 (보험대상자)명	주민등록번호	주 소	전화번호	상품구입일	날 인

상품다수구매자보험기간설정에관한 추가특별약관

제 1 조(적용범위)

이 추가특별약관은 상품다수구매자 보험계약 특별약관(이하 "특별약관" 이라 합니다) 제 4 조 제 2 항에도 불구하고, 새로이 증가되는 피보험자의 보험기간을 정하는 경우에 적용합니다.

제 2 조(보험기간)

이 추가특별약관에 따라 계약기간 중에 새로이 증가된 피보험자의 보험기간은 보험계약자가 요청하는 기간으로 합니다.

제 3 조(보험료의 납입)

① 보험계약자는 새로이 증가된 피보험자에 대하여 일단위로 계산된 추가보험료를 납입하여야 합니다.

② 새로이 증가된 피보험자의 보험기간이 시작된 후라도 다른 약정이 없으면 추가보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 상품다수구매자 보험계약 특별약관을 따릅니다.

배우자보장 추가특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

① 회사는 이 추가특별약관에 따라 상품다수구매자 보험계약 특별약관(이하 "특별약관"이라 합니다) 의 피보험자 본인(이하 "본인"이라 합니다)의 배우자(이하 "배우자"라 합니다)를 특별약관의 피보험자로 합니다.

② 제 1 항의 배우자는 본인의 호적상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다.

③ 제 1 항과 제 2 항의 본인과 배우자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

자녀보장 추가특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

① 회사는 이 추가특별약관에 따라 상품다수구매자 보험계약 특별약관(이하 "특별약관"이라 합니다) 의 피보험자 본인(이하 "본인"이라 합니다)의 자녀(이하 "자녀"라 합니다)를 특별약관의 피보험자로 합니다.

② 제 1 항의 자녀는 본인의 호적상 또는 주민등록상에 기재된 만 ( )세미만의 미혼자녀(이하 「자녀」라 합니다.)

③ 제 1 항과 제 2 항의 본인과 자녀와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

상품의추가구매로인한중복보장제외 추가특별약관

제 1 조(적용범위)

① 이 추가특별약관은 상품다수구매자 보험계약 특별약관(이하 "특별약관" 이라 합니다)이 포함된 계약에 한하여 적용합니다.

② 이 추가특별약관은 다음 각호에서 정한 요건을 충족하는 계약에 한하여 적용합니다.

1. 피보험자가 계약자의 각종 재화, 용역 및 서비스(이하 "상품" 이라 합니다.)를 구매한 후 보험계약의 보장이 개시되는 경우
2. 피보험자가 상품을 구매할 때마다 새로운 보장이 개시되는 경우

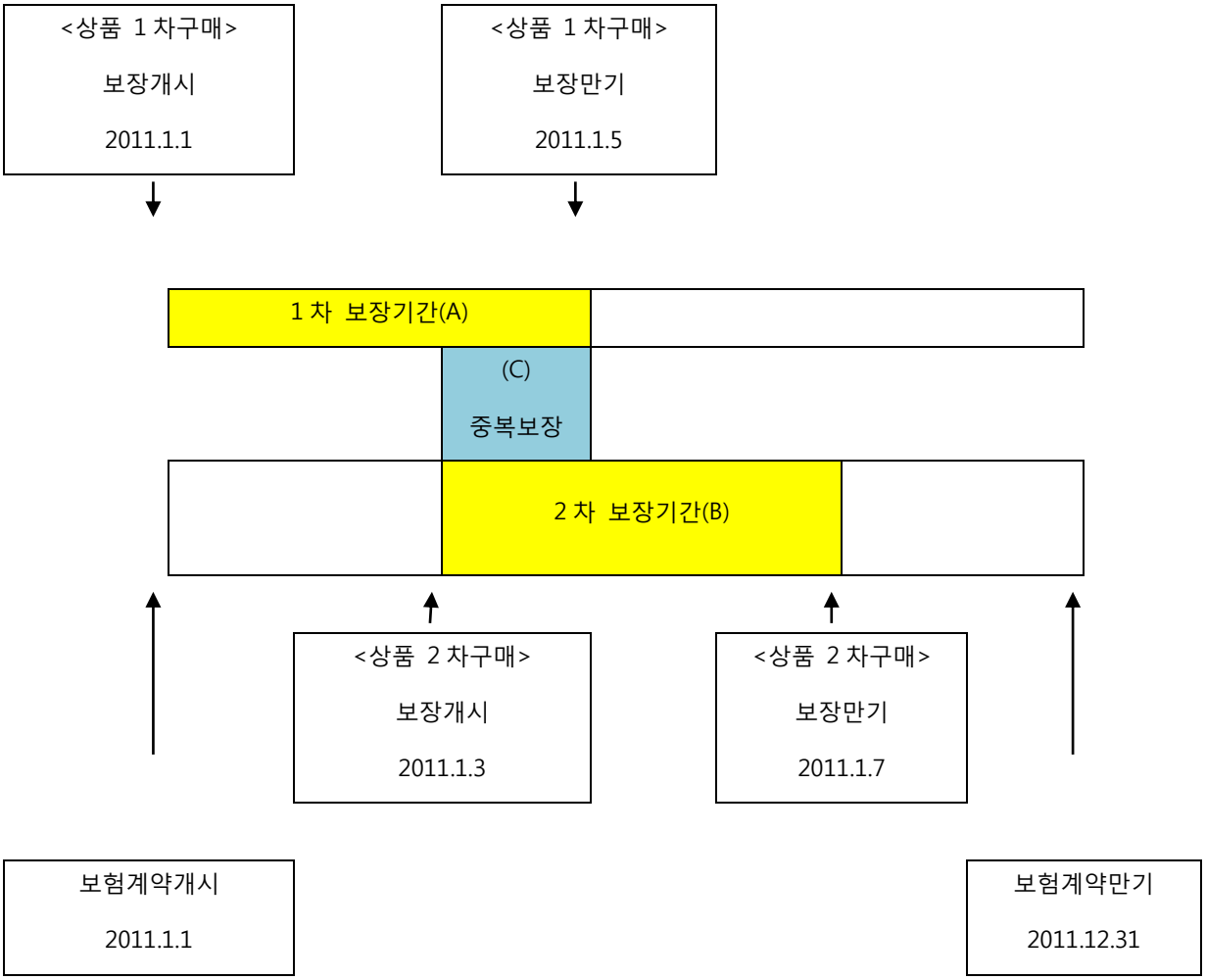
제 2 조(중복보장의 제외)

① 회사는 피보험자가 계약자의 상품을 구매하여 ( )특별약관의 보장(이하 "보장"이라고 합니다)이 개시되고 종료되기 전에, 해당 상품을 추가 구매하여 보장기간이 중복되는 경우(이하 "중복기간"이라 합니다)에는 해당 중복기간에 사고가 발생시 1 사고당 1 회만 보장을 합니다.

② 제 1 항에 따라 중복보장이 제외되는 ( )특별약관은 실손 형태의 보장 또는 질병을 보장하는 내용을 포함할 수 없습니다.

③ 제 1 항의 사고와 보장내용은 ( )특별약관의 해당 내용을 따릅니다.

※ 중복보장기간 예시 ※



□예시 설명

- 조건 : 상품 구매 후 ( )특별약관을 4 일간 보장함

상품 1 차 구매함과 동시에 1 차 보장기간 개시(4 일간) : (A)

상품 2 차 구매함과 동시에 2 차 보장기간 개시(4 일간) : (B)

- 중복보장제외 추가특약 가입시 : (A)와 (B)가 중복되는 (C)의 기간에는 ( )특별약관에서 보장하는사고 발생시 중복으로 보상하지 않고 1 사고당 1 회만 보상함

제 3 조(피보험자의 통지)

① 계약자는 자기의 상품을 판매한 날짜 및 시간(피보험자가 계약자의 상품을 구매한 날짜 및 시간)이 입력된 자료를 아래의 【양식】에 맞게 작성하여 다음에서 정한 정산기간 단위로 회사에 제공해야 합니다.

- 매주 □, - 매월 □, - 매분기 □, - 매반기 □, -보험기간 종료 후 □ -기타 ( ) □

【양식】

피보험자명	주민등록번호	상품구입일시

② 회사는 제 4 조(중복보장의 제외에 따른 보험료의 정산)의 보험료를 정산하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자에게 추가적인 자료를 요청할 수 있습니다.

제 4 조(중복보장의 제외에 따른 보험료의 정산)

① 회사는 제 3 조(피보험자의 통지)에 의해 제공된 자료를 근거로 정산보험료를 아래와 같이 산정합니다.

□ 예치보험료의 산정 : 기존 계약의 상품 구매 DATA(양식-피보험자, 주유횟수 명시)를 바탕으로 중복기간에 대한 보험료 제외(보험료 납입시 산정)
□ 실제보험료의 산정 : 미리 정한 정산기간별로 해당 보험기간에 대한 상품 구매 DATA(양식 -피보험자, 주유횟수 명시)를 바탕으로 중복기간을 제외하고 실제 보장기간에 대한 보험료 산정(보험료 정산시 산정)

② 회사는 제 3 조(피보험자의 통지)에서 정한 매 정산기간 종료 후 7 일 이내에 제 1 항에 의해 산정된 실제보험료를 예치보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려드립니다

제 5 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관, 상품다수구매자 보험계약 특별약관 및 ( )특별약관을 따릅니다.

질병확장보장 추가특별약관(Ⅱ)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 ( )특별약관의 '보험금의 지급사유' 조항에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병에 대해서도 '보험금의 지급사유'의 조항에 따라 보상하여 드립니다.

② 제 1 항에서 갱신된 계약이라 함은 ( )특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 10 일이내에 이 계약의 ( ) 특별약관의 보장이 개

시되는 경우를 말합니다. 단, 10 일을 초과하더라도, 이 계약의 ( ) 특별약관 보장이 개시되기 이전 계약의 보험가입 사실을 확인하고, 보험사가 이를 승인한 경우에도 계약이 갱신된 것으로 본다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 ( ) 특별약관에 따릅니다.

상해확장보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 보통약관 제 3 조(보험금의 지급사유)에 의한 사망보험금 및 후유장해보험금을 이 특별약관에 따라 보험수익자에게 지급합니다.

제 2 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 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해손해보장제외 특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 현대단체상해보험 보통약관(이하 "보통약관" 이라 합니다) 제 3 조(보험금의 지급사유), 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에도 불구하고 사망보험금 및 후유장해보험금을 이 특별약관에 따라 보상하여드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

부부보장 특별약관(Ⅰ)

제 1 조(피보험자의 범위)

회사는 이 특별약관에 의하여 피보험자 본인(이하 "본인"이라 합니다) 및 보험증권(보험가입증서)에 기재된 본인의 배우자를 ( )약관 제( )조(보험금의 지급사유)의 피보험자로 합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 ( )약관을 따릅니다.

가족보장 특별약관(Ⅰ)

제 1 조(피보험자의 범위)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 피보험자 본인(이하 "본인"이라 합니다) 및 보험증권(보험가입증서)에 기재된 본인의 가족을 ( )약관 제( )조(보험금의 지급사유)의 피보험자로 합니다.

② 제 1 항의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 본인의 배우자
2. 본인과 생계를 같이하는 본인 및 배우자의 부모
3. 본인과 생계를 같이하는 미혼자녀

③ 제 2 항의 본인과 본인 이외의 가족과의 관계는 사고 발생 당시의 관계를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 ( )약관을 따릅니다.

부부보장 특별약관(Ⅱ)

제 1 조(피보험자의 범위)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 피보험자 본인(이하 "본인"이라 합니다) 및 본인의 배우자를 ( )약관의 피보험자로 합니다.

② 제 1 항의 본인과 본인의 배우자와의 관계는 사고 발생 당시의 관계를 말합니다

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 ( )약관을 따릅니다.

가족보장 특별약관(Ⅱ)

제 1 조(피보험자의 범위)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 피보험자 본인(이하 "본인"이라 합니다) 및 본인의 가족을 ( )약관의 피보험자로 합니다.

② 제 1 항의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 본인의 배우자
2. 본인의 자녀

③ 제 2 항의 본인과 본인 이외의 가족과의 관계는 사고 발생 당시의 관계를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 ( )약관을 따릅니다.

보험금지급 추가특별약관

제 1 조(보험금의 지급)

회사는 이 추가특별약관에 따라 가족보장 특별약관에서의 가족에 대한 보험금보험수익자를 피보험자 본인으로 하여 가족에 대한 보험금을 본인에게 지급합니다. 단, 사망보험금 및 후유장해보험금은 제외합니다

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 가족보장 특별약관을 따릅니다.

보험료분납 특별약관(Ⅰ)

제 1 조(보험료의 납입)

계약자는 이 계약의 연간 (보험기간이 공사기간 등 일정한 구간으로 설정되는 계약에 대해서는 증권당) 최종 적용보험료가 ( )원 이상인 경우 보험료를 ( )회에 나누어 회사에 납입합니다.

제 2 조(나눠내는 보험료의 납입)

① 계약자는 계약을 체결할 때에 제 1 회 나눠내는 보험료를 납입하고 제 2 회 이후의 나눠내는 보험료는 아래에 기재된 납입기일까지 납입하여야 합니다.

1. 보험기간이 1 년인 경우

1) 2 회 분납

- 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 ( )%해당액)
- 제 2 회 : 청약일후 ( )개월이 지나는 날(총 보험료의 ( )%해당액)

2) 4 회 분납

- 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 ( )%해당액)
- 제 2 회 : 청약일후 ( )개월이 지나는 날(총 보험료의 ( )%해당액)
- 제 3 회 : 청약일후 ( )개월이 지나는 날(총 보험료의 ( )%해당액)
- 제 4 회 : 청약일후 ( )개월이 지나는 날(총 보험료의 ( )%해당액)

3) 12 회 분납

- 제 1 회 : 계약의 청약일 (총 보험료의 ( )% 해당액)
- 제 2 회부터 제 12 회 : 청약일후 매 1 개월이 지나는 날 (총 보험료의 ( )% 해당액)

2. 보험기간이 2 년인 경우

1) 2 회 분납 : 2 회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다.

- 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 50%해당액)
- 제 2 회 : 청약일후 12 개월이 지나는 날(총 보험료의 50%해당액)

2) 24 회 분납 : 24 회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다.

- 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 (1/24)해당액)
- 제 2 회부터 제 24 회 : 청약일후 매 1 개월이 지나는 날(총 보험료의 (1/24)해당액)

3. 보험기간이 3 년인 경우

1) 3 회 분납 : 3 회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다.

- 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 (1/3)해당액)
- 제 2 회 : 청약일후 12 개월이 지나는 날(총 보험료의 (1/3)해당액)
- 제 3 회 : 청약일후 24 개월이 지나는 날(총 보험료의 (1/3)해당액)

2) 36 회 분납 : 36 회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다.

- 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 (1/36)해당액)
- 제 2 회부터 제 36 회 : 청약일후 매 1 개월이 지나는 날(총 보험료의 (1/36)해당액)

② 위 제 1 항에도 불구하고 보험기간이 공사기간등 일정한 구간으로 설정되는 계약에 대해서는 나눠내는 보험료를 아래와 같이 정해진 납입기일까지 납입하여야 합니다.

- 제 1 회 : 계약의 청약일 (총 보험료의 ( )%해당액)
- 제 2 회부터 제( )회 : 회차별로 정한 날(각 회차별로 총 보험료의 ( )%해당액)

③ 보험기간이 시작된 후라도 위 제 1, 2 항의 제 1 회 나눠내는 보험료를 납입하기 전에 생긴 사고는 보상하지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체포괄계약 특별약관

제 1 조(적용범위)

① 이 단체 포괄계약 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다)은 단체계약 특별약관 제 1 조(계약의 적용범위) 제 1 항에 정한 단체로서 동일한 성격을 갖는 둘 이상의 단체가 모여 공동으로 계약을 체결하는 경우에 적용합니다.

② 제 1 항의 경우 총피보험자수는 5 인 이상이어야 합니다.

제 2 조(계약자)

이 특별약관에서의 계약자는 제 1 조(적용범위)의 단체를 대표하여 계약상의 모든 권리,의무를 직접 또는 간접으로 행사할 수 있어야 합니다.

제 3 조(피보험자수의 산정)

이 특별약관 하에서의 피보험자수는 이 계약에 부보된 총피보험자수로 하며 이를 기준으로 단체계약의 유형에 따른 할인율을 적용합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당특별약관을 따릅니다.

단체피보험자지위유지 특별약관

제 1 조(피보험자 지위의 유지)

① 회사는 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체)에도 불구하고 피보험자가 피보험단체에서 탈퇴하더라도 피보험자의 지위를 이 보험의 종기까지 연장하여 드립니다. 다만, 사망으로 인한 퇴직 등 지위유지가 불가능한 경우에는 제외합니다.

② 이 특별약관은 아래의 조건을 모두 충족하는 경우에 한하여 적용합니다.

1. 피보험단체는 단체계약 특별약관 제 1 조(계약의 적용 범위) 제 1 항 제 1 호의 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5 인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체이어야 합니다.
2. 보험종기까지 잔여기간에 대한 보험료를 계약자가 모두 부담하여야 합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체계약보험기간설정에관한 추가특별약관

제 1 조(적용범위)

이 특별약관은 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체)에도 불구하고, 새로이 증가되는 피보험자의 보험기간을 정하는 경우에 적용합니다.

제 2 조(보험기간)

이 추가특별약관에 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 추가보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

환율 특별약관

제 1 조(보험료 적용기준)

회사는 보험료를 원화로 영수 또는 환급할 때에는 청약일 또는 배서일의 KEB 하나은행 1 차고시 전신환대고객매도율로 환산한 원화로 합니다.

1. 보험료 : 청약일
2. 추가 및 환급보험료 : 배서일
3. 해지환급보험료 : 해지일
4. 분납보험료 : 납입해당일

제 2 조(보험금 지급기준)

보험금은 지급일의 KEB 하나은행 1 차고시 전신환대고객매도율로 환산한 원화 또는 ( )화에 해당하는 외환증서로 지급합니다.

【상해 및 질병관련 특별약관】

사망및고도후유장해보장 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 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 후유장해지급률이 ( )%를 초과하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

( )%이상고도후유장해발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 후유장해지급률이 ( )% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

( )%미만후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 후유장해지급률이 ( )% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

사망위험보장제외 특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관(이하 "보통약관" 이라 합니다) 제 3 조(보험금의 지급사유) 및 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 정한 규정에도 불구하고 사망보험금을 이 특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

후유장해위험보장제외 특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관(이하 "보통약관" 이라 합니다) 제 3 조(보험금의 지급사유) 및 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 정한 규정에도 불구하고 후유장해보험금을 이 특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무중상해보장 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 피보험자가 업무중(출·퇴근은 업무중으로 봅니다) 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 피보험자가 업무중(출·퇴근은 업무중으로 봅니다) 상해로 장해분류표(【별표 1】. 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

업무중상해사망및고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 업무중(출·퇴근은 업무중으로 봅니다) 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 피보험자가 업무중(출·퇴근은 업무중으로 봅니다) 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 후유장해지급률이 ( )%를 초과하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금 (장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다

업무외상해보장 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 피보험자가 업무외(출·퇴근은 업무중으로 봅니다) 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 피보험자가 업무외(출·퇴근은 업무중으로 봅니다) 상해로 장해분류표(【별표1】. 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

레저활동중상해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중에 피보험자가 레저활동중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
2. 보험기간 중 피보험자가 레저활동중 상해로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항의 '레저활동중 상해'란 주민등록상에 기재된 주택을 이탈하여 업무이외의 활동을 하는 동안 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.

③ 제2항의 업무라 함은 피보험자가 임금근로자(임시 및 일용직 포함) 및 자영업자인 경우 직업 및 직무에 종사하는 활동(출퇴근 포함)을 말하며, 학생의 경우 학업중 활동(등하교 포함)을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 임금근로자, 자영업자 또는 학생의 직업, 직무 또는 학업에 종사하는 활동중(출퇴근, 등하교 포함) 발생한 상해
2. 주택내에서 발생한 상해
3. 위 2호의 주택이라 함은 아파트, 연립주택, 다세대주택 및 단독주택을 말하며, 주택내라 함은 아파트의 경우 아파트 건물의 입구 안쪽공간, 기타주택의 경우는 주택의 부속물인

대문의 안쪽공간을 말합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴일상해보장 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 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 법정공휴일은 사고발생지의 관공서 공휴일에 관한 규정 및 국경일에 관한 법률, 근로자의 날 제정에 관한 법률에서 정한 휴일을 말합니다

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다

휴일상해사망및고도후유장해보장 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 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

2. 보험기간 중 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률이 ( )%를 초과하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 법정공휴일은 사고발생지의 관공서 공휴일에 관한 규정 및 국경일에 관한 법률, 근로자의 날 제정에 관한 법률에서 정한 휴일을 말합니다

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

신주말상해보장 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 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 금요일 오후(12 시에 시작하여 24 시까지), 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 금요일 오후(12 시에 시작하여 24 시까지), 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 법정공휴일 및 근로자의 날은 사고발생지의 관공서 공휴일에 관한 규정 및 국경일에 관한 법률, 근로자의 날 제정에 관한 법률에서 정한 휴일을 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정여가활동중상해보장 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 다음 각 호의 상해에 입은 상해를 말합니다)의 직접결과로써 사망한 경우 : 사망보험금

   가. 다음에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠 시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설을 말합니다. 다만, 주택은 제외합니다. 이하 같습니다) 내에서 하는 동안, 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠 시설 내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동을 하는 동안

   - 테니스, 탁구, 배드민턴, 골프, 볼링, 수영, 에어로빅, 요가, 무용 및 이와 비슷한 운동

   나. 게이트볼(시합 또는 5 인 이상이 연습하는 경우에 한합니다)을 하는 동안

   다. 낚시(직업적인 물고기 잡이는 제외합니다)를 하는 동안

   라. 다음의 유료시설에 관객 또는 입장객으로 있는 동안. 다만, 대상이 되는 시설은 시설 내에 관리인 이 있는 등 구체적으로 관리되고 있는 유료시설을 말하며 이 시설이 무료개방되는 경우에는 대상이 되지 않습니다.

   1) 영화관, 콘서트홀, 스포츠 관람시설, 극장, 연예장 등의 시설(영화, 음악, 스포츠, 연극, 연예 또는 구경거리를 감상, 관람하기 위한 시설을 말하며 유흥 접객업소는 제외합니다)

   2) 유원지, 레저랜드 또는 동물원, 식물원, 미술관, 박물관 기타 이와 유사한 시설

   마. 동반한 여행목적을 갖고 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주소지를 출발하여 당해 주소지에 도착할 때까지의 여행을 하는 동안, 다만, 업무출장 및 업무목적을 병행하고 있는 여행은 제외합니다.

2. 보험기간 중 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】)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.

특수운동중상해위험보장 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 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 활동을 하는 동안의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 활동을 하는 동안의 상해로 장해분류표(【별표 1】 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.

특수운전중상해위험보장 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 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전을 하는 동안의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전을 하는 동안의 상해로 장해분류표(【별표 1】 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.

교통상해보장 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 다음 각 목의 상해에 입은 상해를 말합니다)의 직접결과로써 사망한 경우 : 사망보험금

   가. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해

   나. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해

   다. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

2. 보험기간 중 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(자동차 관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통상해사망및고도후유장해보장 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 다음 각목의 상해의 직접결과로써 사망한 경우 : 사망보험금

   가.피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해

   나.피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해

   다.도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

2. 보험기간 중 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】)에서 정한 각 장해지급률이 ( )%를 초과하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(자동차 관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업

2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

고속도로교통상해보장 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 피보험자가 대한민국내의 고속도로상(휴게소 포함)의 교통사고(이하 "고속도로교통사고"라 합니다)로 인하여 생긴 상해에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우: 사망보험금

2. 보험기간 중에 피보험자가 대한민국내의 고속도로교통사고로 인하여 생긴 상해에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)로 장해분류표(<별표 1> 참조. 이하 같습니다)에서 정한 후유장해지급률이 ( )%에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금 (장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 고속도로교통사고라 함은 아래의 사고를 말합니다

1. 피보험자가 운행중의 교통승용구에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통승용구 (적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 승용구 의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해

2. 피보험자가 운행중의 교통승용구에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해

3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통승용구로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

③ 제 1 항의 교통승용구라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거.

2. 건설기계 및 농업기계 (다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통승용구로 보지 않습니다)

④ 제 1 항의 고속도로라 함은 고속국도법 제 2 조 제 2 항에서 정한 고속국도 및 민자고속도로(고속도로 건설에 소요되는 많은 자본을 정부재원으로 전적으로 충당하지 않고, 일정부분 민간사업자의 자본과 기술력을 투입하여 건설 및 운영되는 고속도로)를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차운전중교통사고상해위험보장 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 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 "자동차 운전중 교통사고"라 합니다.)로 인하여 생긴 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 "자동차 운전중 교통사고"라 합니다.)로 인하여 생긴 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 자동차중 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차를 말합니다.(단 이륜자동차는 제외합니다.)

③ 제 1 항에서 "자동차를 운전중"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 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차동승중교통사고상해위험보장 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 운행중인 자동차를 운전을 하지 않고 탑승중(이하 "자동차 동승중"이라 합니다.)에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 "자동차 동승중 교통사고"라 합니다.)로 인하여 생긴 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 운행중인 자동차를 운전을 하지 않고 탑승중(이하 "자동차 동승중"이라 합니다.)에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 "자동차 동승중 교통사고"라 합니다.)로 인하여 생긴 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 자동차중 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차를 말합니다.(단 이륜자동차는 제외합니다.)

③ 제 1 항에서 "자동차를 운전"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 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차교통상해보장 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 각 목의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

   가.피보험자가 운행중의 자동차에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 자동차(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해

   나.피보험자가 운행중의 자동차에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해

   다.도로 통행중의 피보험자가 자동차로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

2. 보험기간 중 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 자동차중 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9 종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴일교통상해보장 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 사고발생지의 표준시를 기준으로 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 다음 각 목의 상해에 입은 상해를 말합니다)의 직접결과로써 사망한 경우 : 사망보험금

   가.피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해

   나.피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해

   다.도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

2. 보험기간 중에 사고발생지의 표준시를 기준으로 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계 및 농업기계 (다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

③ 제 1 항의 법정공휴일은 사고발생지의 관공서 공휴일에 관한 규정 및 국경일에 관한 법률, 근로자의 날 제정에 관한 법률에서 정한 휴일을 말합니다

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴일교통상해사망및고도후유장해보장 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 사고발생지의 표준시를 기준으로 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 다음 각 목의 상해에 입은 상해를 말합니다)의 직접결과로써 사망한 경우 : 사망보험금

   가. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해

   나. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해

   다. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

2. 보험기간 중에 사고발생지의 표준시를 기준으로 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】)에서 정한 각 장해지급률이 ( ) %를 초과하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거

3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)

4. 건설기계 및 농업기계 (다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

③ 제 1 항의 법정공휴일은 사고발생지의 관공서 공휴일에 관한 규정 및 국경일에 관한 법률, 근로자의 날 제정에 관한 법률에서 정한 휴일을 말합니다

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업

2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

신주말교통상해보장 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 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 금요일 오후(12 시에 시작하여 24 시까지), 토요일, 법정공휴일(일요일 포함) 또는 근로자의 날에 다음 각호의 상해에 입은 상해를 말합니다)의 직접결과로써 사망한 경우 : 사망보험금

   가. 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함)와의 충돌, 접촉 또는 이들 수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

   나. 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고

2. 보험기간 중에 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 금요일 오후(12 시에 시작하여 24 시까지), 토요일, 법정공휴일(일요일 포함) 또는 근로자의 날에 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금 (장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 제 1 항에 정한 신주말교통사고에서 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

※용 어 풀 이※

교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

㉠ 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일

㉡ 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 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 교통 수단으로 보지 않습니다)

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대중교통이용중상해보장 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 승객으로서 대중교통수단을 이용하던 중에 다음 각 목의 상해에 입은 상해를 말합니다)의 직접결과로써 사망한 경우 : 사망보험금

   가. 운행 중 대중교통수단에 피보험자가 탑승 중에 일어난 교통사고

   나. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 일어난 교통사고

   다. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기 중 일어난 교통사고

2. 보험기간 중에 승객으로서 대중교통수단을 이용하던 중에 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 대중교통수단이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.

1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
3. 여객자동차운수사업법시행령 제 3 조(여객자동차운송사업의 종류)에서 규정한 시내버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
4. 여객자동차운수사업법시행령 제 3 조(여객자동차운송사업의 종류)에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
5. 여객수송용 선박

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뺑소니·무보험차상해보장 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 대한민국내에서 뺑소니사고 또는 무보험자동차에 의한 사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 대한민국내에서 뺑소니사고 또는 무보험자동차에 의한 사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 뺑소니라 함은 피보험자가 보유불명의 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰관서에 뺑소니사고로 신고되어 자동차손해배상보장법상의 보유불명자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.

③ 제 1 항의 무보험자동차에 의한 사고라 함은 피보험자가 자동차손해배상보장법상의 대인배상Ⅰ(책임보험)을 제외한 자동차보험(공제를 포함합니다)의 대인배상Ⅱ(책임보험초과손해)에 가입되지 않은 자동차에 의해 상해를 입음으로써 손해배상청구권이 발생되는 경우를 말합니다. 다만, 가해자동차가 2 대 이상인 경우에는 그 전부가 무보험자동차일 때에 한합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운행하던 중 발생한 사고의 경우에도 보상하여 드리지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

철도/지하철/항공기교통상해보장 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 철도, 항공기 및 지하철 사고로 입은 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표 1】. 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 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

신체부위별후유장해보장 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 중 상해로 아래의 "신체특정부위" 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 특정부의에 후유장해장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에 기재된 특정부위에 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

※ 신체특정부위 ※
(　　) 눈의 장해 및 외모추상장해
(　　) 귀의 장해 및 외모추상장해
(　　) 입의 기능장해
(　　) 외모 추상장해
(　　) 팔(손/손가락)장해
(　　) 다리(발/발가락)장해
(　　) 팔(손/손가락) 및 다리(발/발가락) 장해

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거상해보장 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 다음 각 목의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

   가. 자전거에 탑승(운전중 포함)하고 있는 피보험자에게 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고

   나. 자전거에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 운행중의 자전거와 충돌·접촉(적재물을 포함합니다)에 의해 발생한 사고

2. 보험기간 중 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 자전거라 함은 도로교통법 제 2 조(정의) 제 20 호에서 정한 자전거를 말합니다. (도로교통법 제 2 조(정의) 제 19 호 원동기장치자전거는 포함되지 않습니다)

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업 또는 직무로 자전거를 이용하는 동안 및 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 산악자전거(MTB) 활동 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 자전거에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다.)

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화재/폭발/붕괴사고상해보장 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 다음 각 목의 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

   가. 화재(벼락을 포함합니다. 이하 같습니다),폭발 및 파열사고의 직접 결과로써 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

   나. 건물 및 건축구조물(건축중인 것을 포함합니다) 붕괴·침강 또는 사태 사고의 직접결과로써 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

2. 보험기간 중 제 1 호의 상해로 장해분류표(<별표 1> 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(보상하지 않는 손해)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 상해로 인한 손해에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

1. 운행중인 자동차의 화재, 폭발, 파열사고로 입은 신체상해
2. 화재사고가 아닌 사유로 신체에 입은 화상

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 일반조항 및 상해손해 보장조항을 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 아니합니다.

㉡ 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.

학교생활중상해보장 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 학교생활중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 학교생활중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 "학교생활중"이란 아래의 경우를 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)

① 이 특별약관에서의 피보험자는 각종 교육법(초·중등교육법, 고등 교육법), 유아교육진흥법, 영유아보육법, 학원의 설립 및 운영에 관한 법률 및 관계법령에 의해 설립된 학교 및 보육시설(이하 "학교"라 합니다)에 재학하는 학생(이하 "학생"이라 합니다)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.

학교생활외상해보장(Ⅰ) 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 학교생활외에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 학교생활외에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 "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 특별약관에서의 피보험자는 각종 교육법(초·중등교육법, 고등교육법), 유아교육진흥법, 영유아보육법, 학원의 설립 및 운영에 관한 법률 및 관계법령에 의해 설립된 학교 및 보육시설(이하 "학교"라 합니다)에 재학하는 학생(이하 "학생"이라 합니다)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

학교생활외상해보장(Ⅱ) 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. 평일중 학교생활외에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 평일중 학교생활중외에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 "학교생활외"이란 아래의 경우를 제외한 모든 생활을 말합니다.

1. 피보험자가 재학중인 학교수업중(정규의 교육활동외에 기타 학교가 행하는 모든 특별활동 을 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

③ 제 1 항에서 "평일"이란 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 토요일, 일요일 및 공휴일(관공 서의 공휴일에 관한 규정에서 정한 공휴일)을 제외한 날을 말합니다.

제 2 조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서의 피보험자는 각종 교육법(초·중등교육법, 고등교육법), 유아교육진흥법, 영유아보육법, 학원의 설립 및 운영에 관한 법률 및 관계법령에 의해 설립된 학교 및 보육시설(이하 "학교"라 합니다)에 재학하는 학생(이하 "학생"이라 합니다)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.

사립학교교직원상해보장 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 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표 1】. 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 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

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

제 3 조(피보험자의 범위)

제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항에서 피보험자란 사립학교 교직원으로서 사립학교법에 의하여 임명된 교원과 사무직원을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다

일부상해위험부보장 추가특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 피보험자가 사립학교 교직원 상해보장 특별약관(이하 "특별약관"이라 합니다.) 제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

교통카드회원상해보장 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 국내에서 교통수단의 승객으로 탑승하고 있는 동안 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 국내에서 교통수단의 승객으로 탑승하고 있는 동안 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 탑승하고 있는 동안이라 함은 피보험자가 운행중의 교통수단에 승객으로서 승차하고 있거나 승·하차시를 말하며 교통수단에 승차하여 직접 운전을 하고 있는 동안을 제외합니다.

제 2 조(피보험자의 범위)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 "피보험자"란 교통카드회원으로 등록된 유효한 자격이 있는 자를 말합니다.

② 교통카드란 충전하여 반복사용이 가능한 직불카드(debit card)의 일종으로서 대중교통승용구의 요금지불수단으로 이용되는 카드를 말합니다.

제 3 조(교통수단의 범위)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 교통수단이라 함은 여객자동차운수 사업법에서 정한 시내버스, 시외버스(고속버스를 포함합니다), 농어촌버스와 일반택시, 개인택시 운송사업에 사용된 자동차 및 여객수송에 사용된 지하철 및 열차를 말합니다.

② 회사는 제 1 조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 교통수단의 범위를 아래의 교통수단 중 보험 가입증서(보험증권)에 기재된 어느 하나로 한정하여 적용할 수 있습니다.

1. 여객자동차운수사업법에서 정한 시내버스

2. 여객수송용 지하철(전철포함)

3. 위 제 1 호 및 제 2 호의 교통수단

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업

2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항공기탑승중상해보장 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 항공기사고로 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

2. 보험기간 중에 항공기사고로 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(용어의 정의)

제 1 조(보험금의 지급사유)의 "항공기사고"라 함은 항공기 탑승중의 사고, 비행장구내에서의 사고 및 피보험자가 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지의 항공운송업자가 제공하는 항공기에 탑승중 발생한 사고를 말합니다. 여기서, 비행장 구내란 비행기 탑승시 각 항공사의 개찰구 안쪽을 말합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 항공기에 탑승
2. 항공기 안에서의 하역작업 또는 항공기의 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항공기 1 회탑승당상해보장 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 항공기사고로 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중에 항공기사고로 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(용어의 정의)

제 1 조(보험금의 지급사유)의 "항공기사고"라 함은 항공기 탑승중의 사고, 비행장구내에서의 사고 및 피보험자가 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지의 항공운송업자가 제공하는 항공기에 탑승중 발생한 사고를 말합니다. 여기서, 비행장 구내란 비행기 탑승시 각 항공사의 개찰구 안쪽을 말합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 항공기에 탑승

2. 항공기 안에서의 하역작업 또는 항공기의 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

국내전용신용카드회원항공기탑승중상해보장 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 국내전용신용카드회원의 자격기간 동안 승객으로서 항공기에 탑승중에 입은 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 국내전용신용카드회원의 자격기간 동안 승객으로서 항공기에 탑승중에 입은 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 회사는 피보험자가 승객으로서 항공운송사업자가 노선을 정하여 운행하는 항공기에 탑승할 경우 제 1 항 외에 다음의 상해로 인한 사망 및 후유장해에 대하여도 보상하여 드립니다.

1. 비행장 구내에서의 상해
2. 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지 계속해서 항공운송 사업자가 제공하는 교통수단에 탑승중의 상해

③ 위 제 1 항 및 제 2 항은 당해 항공기의 탑승요금이 국내전용신용카드에 의해 지급된 경우에만 적용합니다.

제 2 조(보험료의 정산)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 계약체결과 동시에 계약일 현재의 국내전용신용카드회원수(개인회원과 법인회원을 말합니다. 이하 같습니다)에 해당하는 보험료를 예치보험료로 납입하여야 합니다.
2. 계약자는 매월 10 일까지 전월말 현재 유효한 국내전용신용카드회원수에 관한 서류를 회사에 제출해야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일 까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출해야 합니다.

3. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.

4. 회사는 보험기간만료와 동시에 제 2 호에 의한 월간 평균 국내전용신용카드회원수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다. 그러나 이 확정보험료는 예치보험료의 2/3 를 밑돌 수 없습니다.

제 3 조(보험가입금액)

① 피보험자의 보험가입금액은 피보험자가 소지한 국내전용신용카드의 회원성격에 따라 다음과 같으며 위험의 정도에 따라 ( )계좌를 한도로 계약을 인수합니다.

1 계좌당 보험가입금액

(단위: 원)

보험가입금액 / 구 분	사망·후유장해
개인회원(법인회원 포함)	10,000,000
가족회원	6,600,000

② 다수의 국내전용신용카드를 소지한 피보험자가 다수의 국내전용신용카드로 항공기의 탑승요금을 지급한 경우에는 ( ) 계좌를 한도로 보상하여 드립니다.

제 4 조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

①법인공용회원보장 추가특별약관

제 1 조(적용범위)

이 추가특별약관은 국내전용신용카드발행회사가 발급한 법인 명의의 공용카드를 사용할 수 있는 해당 법인체의 대표자(임원포함) 및 그 종업원을 피보험자로 하는 경우에 적용합니다.

제 2 조(피보험자수의 산정)

이 추가특별약관에 따라 적용받는 피보험자수는 아래와 같이 산정합니다.

1. 법인공용카드 피보험자수 (D) = $\frac{B \times C}{A}$ (A:B = C:D)

   여기서 A = 국내전용신용카드에 의한 항공기운임 매출액 - B

   B = 법인명의의 공용카드에 의한 항공기운임 매출액

   C = 국내전용신용카드 회원수 - 법인명의 공용카드 회원수

   D = 법인공용카드 피보험자수

2. 항공기운임 매출액은 계약자가 전산장표로 출력하여 회사로 통보하는 것으로 항공사별, 적용카드별(개인카드, 법인개별카드, 법인공동카드)로 구분되어 있는 항공기 운임매출액을 의미합니다.

제 3 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 국내전용신용카드회원 항공기탑승중 상해보장 특별약관을 따릅니다.

국제신용카드회원항공기탑승중상해보장 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 국제신용카드회원의 자격기간 동안 승객으로서 항공기에 탑승중에 입은 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 국제신용카드회원의 자격기간 동안 승객으로서 항공기에 탑승중에 입은 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 회사는 피보험자가 승객으로서 항공운송사업자가 노선을 정하여 운행하는 항공기에 탑승할 경우 제 1 항 외에 다음의 상해로 인한 사망 및 후유장해에 대하여도 보상하여 드립니다.

1. 비행장 구내에서의 상해
2. 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지 계속해서 항공운송 사업자가 제공하는 교통수단에 탑승중의 상해

③ 위 제 1 항 및 제 2 항은 당해 항공기의 탑승요금이 국제신용카드에 의해 지급된 경우에만 적용합니다.

제 2 조(보험료의 정산)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 계약체결과 동시에 계약일 현재의 국제신용카드회원수(개인회원과 법인회원을 말 합니다. 이하 같습니다)에 해당하는 보험료를 예치보험료로 납입하여야 합니다.
2. 계약자는 매월 10 일까지 전월말 현재 유효한 국제신용카드회원수에 관한 서류를 회사에 제출해야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출해야 합니다.
3. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
4. 회사는 보험기간만료와 동시에 위 제 2 호에 의한 월간 평균 국제카드회원수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다. 그러나 이 확정보험료는 예치보험료의 2/3 를 밑돌 수 없습니다.

제 3 조(보험가입금액)

① 피보험자의 보험가입금액은 피보험자가 소지한 국제신용카드의 회원성격에 따라 다음과 같으며 위험의 정도에 따라 ( )계좌를 한도로 계약을 인수합니다.

1 계좌당 보험가입금액

(단위: 원)

보험가입금액 / 구 분	사망·후유장해
개인회원(법인회원 포함)	10,000,000
가족회원	6,600,000

② 다수의 국제신용카드를 소지한 피보험자가 다수의 국제신용카드로 항공기의 탑승요금을 지급한 경우에는 ( ) 계좌를 한도로 보상하여 드립니다.

제 4 조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

1. 국제신용카드 : 국제적가맹점에 대하여 통용(결제) 될 수 있는 카드를 발급하는 회사(이하 「국제신용카드발행 회사」라 합니다)가 정해진 수속을 거쳐 발행, 대여하는 국제신용카드를 말합니다.
2. 국제신용카드 회원 : 국제신용카드발행회사가 회원자격을 수여하고 국제신용카드를 대여한 자로, 공여되는 형태에 따라 개인회원, 가족회원 및 법인회원으로 구분되는 자를 말합니다.
3. 피보험자 : 국제신용카드발행회사의 회원으로 합니다. 다만, 법인회원인 경우는 당해 카드의 사용자로서 명의가 등록된 자로 합니다.
4. 회원의 자격기간 : 회원의 자격기간은 국제신용카드회사가 국제신용카드회원으로서 입회를 승인한 날의 다음날 오전 0 시부터, 다음과 같은 사실이 발생한 날의 오후 12 시까지로 합니다.
5. 국제신용카드회사가 회원으로서 부당하다고 판단한 경우 : 국제신용카드회사가 당해 회원에게 회원자격을 취소하겠다는 통지를 발송한 날
6. 회원이 국제신용카드회사를 탈퇴하는 경우 : 정해진 신고용지에 의해 신고하고 그것을 국제신용카드회사가 수령한 날

①법인공용회원보장 추가특별약관

제 1 조(적용범위)

이 추가특별약관은 국제신용카드회원보장 특별약관(이하 "특별약관" 이라 합니다)의 용어풀이 3. 의 피보험자의 범위에도 불구하고, 국제신용카드 발행회사가 발급한 법인명의의 공용카드를 사용할 수 있는 해당 법인체의 대표자(임원포함) 및 그 종업원을 피보험자로 하는 경우에 적용합니다.

제 2 조(피보험자수의 산정)

이 추가특별약관에 따라 적용받는 피보험자수는 아래와 같이 산정합니다.

1. 법인공용카드 피보험자수 (D) = $\frac{B \times C}{A}$ (A:B = C:D)

여기서 A = 국제신용카드에 의한 항공기운임 매출액 - B

B = 법인명의의 공용카드에 의한 항공기운임 매출액

C = 국제신용카드 회원수 - 법인명의 공용카드 회원수

D = 법인공용카드 피보험자수

2. 항공기운임 매출액은 계약자가 전산장표로 출력하여 회사로 통보하는 것으로 항공사별, 적용카드별(개인카드, 법인개별카드, 법인공동카드)로 구분되어 있는 항공기 운임매출액을 의미합니다.

제 3 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 국제신용카드회원보장 특별약관을 따릅니다.

강도상해사망·후유장해보장 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 강도에 의한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 강도에 의한 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 강도는 폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제 3 자로 하여금 이를 취득하게 한 자를 말하며, 강도에 대한 구체적인 정의는 형법 제 333 조(강도) 내지 제 336 조(인질강도)를 따르며, 이에 따른 사고는 형법 제 337 조(강도상해치상) 내지 제 339 조(강도강간)에 의합니다.

③ 제 1 항의 강도에 의한 상해사고의 입증여부는 경찰신고서류, 경찰 또는 검찰 조사기록 등 관련자료에 따릅니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 않고 아래와 같은 사유로 생긴 상해에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인, 감수인 또는 보험수익자가 저지르거나 가담한 강도상해
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 중에 생긴 강도상해
3. 형법 제 340 조(해상강도)의 해상강도상해
4. 피보험자의 의수, 의족, 의치 및 이와 유사한 신체보조장구에 입은 강도상해
5. 타인을 위한 보험계약에서 보험계약자의 고의

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

침입강도상해사망·후유장해보장 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 침입강도에 의한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 침입강도에 의한 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항에서의 침입강도란 사람의 주거, 관리하는 건조물 또는 점유하는 방실에 침입하여 형법 제 333 조(강도) 내지 제 339 조(강도강간)에 정한 강도행위를 한 경우를 말합니다. 다만, 형법 제 329 조(절도) 내지 제 332 조(상습범)에 정한 절도행위는 포함되지 않습니다.

③ 제 1 항의 강도에 의한 상해사고의 입증여부는 경찰신고서류, 경찰 또는 검찰 조사기록 등 관련자료에 따릅니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 않고 아래와 같은 사유로 생긴 상해에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인, 감수인 또는 보험수익자가 저지르거나 가담한 강도상해
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 중에 생긴 강도상해
3. 형법 제 340 조(해상강도)의 해상강도상해
4. 피보험자의 의수, 의족, 의치 및 이와 유사한 신체보조장구에 입은 강도상해
5. 타인을 위한 보험계약에서 보험계약자의 고의

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

CD/ATM 강도상해사망·후유장해보장 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 피보험자가 CD/ATM 이용후 3 시간 이내에 강도에 의한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 피보험자가 CD/ATM 이용후 3 시간 이내에 강도에 의한 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 CD/ATM 이라함은 현금의 입출금 및 통장기장·잔고조회 등의 은행창구업무를 대신하는 현금자동지급기(CD)나 현금자동입출금기(ATM)를 말합니다.

③ 제 1 항의 상해에는 강도의 강제력에 의해 유독가스 또는 유독물질을 일시에 흡입,흡수 또는섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다.

④ 제 1 항의 강도는 폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제 3 자로 하여금 이를 취득하게 한 자를 말하며, 강도에 대한 구체적인 정의는 형법 제 333 조(강도) 내지 제 336 조(인질강도)를 따르며, 이에 따른 사고는 형법 제 337 조(강도상해치상) 내지 제 339 조(강도강간)에 의합니다.

⑤ 제 1 항의 강도에 의한 상해사고의 입증여부는 경찰신고서류, 경찰 또는 검찰 조사기록 등 관련자료에 따릅니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 않고 아래와 같은 사유로 생긴 상해에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인, 감수인 또는 보험수익자가 저지르거나 가담한 강도상해
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 중에 생긴 강도상해
3. 형법 제 340 조(해상강도)의 해상강도상해
4. 피보험자의 의수, 의족, 의치 및 이와 유사한 신체보조장구에 입은 강도상해
5. 타인을 위한 보험계약에서 보험계약자의 고의

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

종교활동중상해보장 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 종교활동 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 종교활동 중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 "종교활동 중" 이라 함은 아래 기간 동안을 말합니다.

1. 종교시설·장소에서 정기적인 종교활동 수행 및 관리활동 등을 행하는 동안
2. 피보험자가 정기적인 종교활동을 목적으로 거주지를 출발하여 종교활동을 마치고 거주지에 도착할때까지 이동하는 동안
3. 종교단체에서 주최하는 공식적인 종교관련 집회 또는 모임에 직접 참여하는 동안, 또는 참여를 위해 이동·귀가하는 동안

4. 종교활동 후 타 장소로 이동하거나, 거주지나 그 외 종교적 장소가 아닌 곳에서의 종교활동 및 종교활동을 직업·직무로 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화재상해보장 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 화재사고(벼락, 폭발·파열 포함)로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 화재사고(벼락, 폭발·파열 포함)로 인한 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 "화재사고로 인한 상해"라 함은 다음의 경우를 말합니다.

1. 피보험자가 화재사고의 직접결과로써 입은 급격하고도 우연한 외래의 신체상해
2. 피보험자가 폭발·파열사고의 직접결과로써 입은 급격하고도 우연한 외래의 신체상해

③ 제 2 항의 "화재사고로 인한 상해" 중 아래의 경우는 "화재사고로 인한 상해"로 보지 않습니다.

1. 운행중인 자동차의 화재, 폭발·파열사고로 입은 신체상해
2. 화재사고가 아닌 사유로 신체에 입은 화상

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스포츠단체상해보장 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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 단체 (이하 "단체" 라 합니다)의 관리하에 행하는 운동경기(연습 및 운동경기를 하기 위해 교통승용 구에 탑승중을 포함합니다. 이하 같습니다) 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 단체 (이하 "단체" 라 합니다)의 관리하에 행하는 운동경기(연습 및 운동경기를 하기 위해 교통승용 구에 탑승중을 포함합니다. 이하 같습니다) 중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(운동경기의 종목)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 정한 운동경기의 종목은 아래와 같습니다.

1. 위험이 큰 운동경기종목 : 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 이와 유사한 운동경기
2. 위험이 다소 많은 운동경기종목 : 등산, 스키, 하키, 마술, 럭비, 축구, 경식야구, 유도, 핸드볼, 농구, 체조 및 이와 유사한 운동경기
3. 위험이 작은 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(보험가입금액)

① 피보험자의 가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 4 조(피보험자의 추가 및 감소 또는 교체)

① 계약을 맺은 후 피보험자를 추가, 감소 또는 교체하고자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 해당 피보험자의 성명 ·연령·성별 및 운동경기 종목 등을 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.

② 보험기간 중 피보험자 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 추가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 하고, 이로 인하여 발

생 되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다. 그러나 피보험자의 감소 후의 피보험자 수가 20 인 미만인 경우 이 계약은 해지되는 것으로 합니다.

③ 회사는 계약자 또는 피보험자가 제 1 항 및 제 2 항을 위반하였을 경우에 새로이 추가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

④ 제 1 항에 따라 피보험자가 추가 또는 교체되는 경우에는 피보험자 추가 또는 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입되며, 피보험자 추가 또는 교체시점부터 잔여 보험기간(피보험자 추가 또는 교체전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상하여 드립니다.

제 5 조(운동경기 종목의 변경)

보험기간 중에 피보험자가 운동경기 종목을 변경하고자 하는 경우 제 4 조(피보험자의 추가 및 감소 또는 교체) 제 1 항에서 정하는 바를 준용합니다.

제 6 조(적용상의 특칙)

① 이 특별약관은 피보험자수가 20 인 이상인 단체에 한합니다.

② 계약자는 단체의 대표로 하고, 회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 7 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

프로및아마츄어스포츠단체상해보장 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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 프로 및 아마츄어 스포츠단체(이하 "단체" 라 합니다.)의 관리하에 행하는 운동경기(연습 및 운동 경기를 하기 위해 교통수단에 탑승 중을 포함합니다. 이하 같습니다.)중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 프로 및 아마츄어 스포츠단체(이하 "단체" 라 합니다.)의 관리하에 행하는 운동경기(연습 및 운동 경기를 하기 위해 교통수단에 탑승 중을 포함합니다. 이하 같습니다.)중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에

서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 위 제 1 항의 단체의 "관리하"란 아래의 경우를 말합니다.

1. 단체의 관리하에 참여하거나 진행하는 정규경기 또는 연습경기 중 (훈련활동을 포함)
2. 위 제 1 호의 활동 시작전 또는 종료후에 단체 활동장소에 있는 중
3. 위 제 1 호의 활동을 위해 단체가 지정된 장소와 피보험자 주소지와의 통상적인 경로의 왕복 중

제 2 조(운동경기의 종목)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 정한 운동경기의 종목은 아래와 같습니다.

1. 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 이와 유사한 운동경기
2. 등산, 스키, 하키, 마술, 럭비, 축구, 경식야구, 유도, 핸드볼, 농구, 체조 및 이와 유사 한 운동경기
3. 검도, 펜싱, 사이클, 스케이트, 탁구, 정구, 수구, 연식야구, 사격, 배구, 보트, 요트, 육상경기, 역도, 배드민턴, 골프, 궁도 및 이와 유사한 운동경기

제 3 조(보험가입금액)

① 피보험자의 가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 4 조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 프로연맹 또는 아마츄어경기연맹(협회 포함)에 등록된 선수에 한합니다.

제 5 조(피보험자의 추가 및 감소 또는 교체)

① 계약을 맺은 후 피보험자를 추가, 감소 또는 교체하고자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 해당 피보험자의 성명 ·연령·성별 및 운동경기 종목 등을 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.

② 보험기간 중 피보험자 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 추가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 하고, 이로 인하여 발

생 되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다. 그러나 피보험자의 감소 후의 피보험자 수가 20 인 미만인 경우 이 계약은 해지되는 것으로 합니다.

③ 회사는 계약자 또는 피보험자가 제 1 항 및 제 2 항을 위반하였을 경우에 새로이 추가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

④ 제 1 항에 따라 피보험자가 추가 또는 교체되는 경우에는 피보험자 추가 또는 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입되며, 피보험자 추가 또는 교체시점부터 잔여 보험기간(피보험자 추가 또는 교체전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상하여 드립니다.

제 6 조(운동경기 종목의 변경)

보험기간 중에 피보험자가 운동경기 종목을 변경하고자 하는 경우 제 4 조(피보험자의 범위) 제 1 항에서 정하는 바를 준용합니다.

제 7 조(적용상의 특칙)

① 이 특별약관은 피보험자 수가 20 인 이상인 단체에 한합니다.

② 계약자는 단체의 대표로 하고, 회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 8 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스포츠활동중상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

② 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 다음 각 목의 스포츠 중 보험증권에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설을 말함. 다만, 주택은 제외함)내에서 하는 동안 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠시설내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

   가. 위험이 큰 운동경기종목 : 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 유사한 운동경기

나. 위험이 다소 많은 운동경기종목 : 등산, 스키, 하키, 마술, 럭비, 축구, 경식야구, 유도, 핸드볼, 농구, 체조 및 이와 유사한 운동경기

다. 위험이 작은 운동경기종목 : 검도, 펜싱, 사이클, 스케이트, 탁구, 정구, 수구, 연식야구, 사격, 배구, 보트, 요트, 육상경기, 역도, 배드민턴, 골프, 궁도 및 이와 유사한 운동경기

2. 보험기간 중 제 1 호의 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설을 말함. 다만, 주택은 제외함)내에서 하는 동안 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠시설내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 보험증권에 기재된 운동경기종목의 경우 보험증권에 기재된 운동경기종목보다 위험도가 낮은 운동경기종목을 포함합니다.

※ 보장범위 예시 ※
보험증권상 기재된 운동경기: 나. 위험이 다소 많은 운동경기종목
⇒ 보장범위: 나. 위험이 다소 많은 운동경기종목, 다. 위험이 작은 운동경기종목
⇒ 보장제외: 가. 위험이 큰 운동경기종목

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스포츠활동중상해입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 다음 각 목의 스포츠 중 보험증권에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기위한 설비가 있는 병용시설을 말함. 다만, 주택은 제외함)내에서 하는 동안 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠시설 내에서 착.탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 ( )일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에 ( )일째 입원일로부터 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.

가. 위험이 큰 운동경기종목 : 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 유사한 운동경기

나. 위험이 다소 많은 운동경기종목 : 등산, 스키, 하키, 마술, 럭비, 축구, 경식야구, 유도, 핸드볼, 농구, 체조 및 이와 유사한 운동경기

다. 위험이 적은 운동경기종목 : 검도, 펜싱, 사이클, 스케이트, 탁구, 정구, 수구, 연식야구, 사격, 배구, 보트, 요트, 육상경기, 역도, 배드민턴, 골프, 궁도 및 이와 유사한 운동경기

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 180 일을 한도로 제 1 항의 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

④ 제 1 항의 보험증권에 기재된 운동경기종목의 경우 보험증권에 기재된 운동경기종목보다 위험도가 낮은 운동경기종목을 포함합니다.

※ 보장범위 예시 ※
보험증권상 기재된 운동경기: 나. 위험이 다소 많은 운동경기종목
⇒ 보장범위: 나. 위험이 다소 많은 운동경기종목, 다. 위험이 작은 운동경기종목
⇒ 보장제외: 가. 위험이 큰 운동경기종목

제 2 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◉ 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.

스포츠활동중골절수술보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 다음 각 목의 스포츠 중 보험증권에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기위한 설비가 있는 병용시설을 말함. 다만, 주택은 제외함)내에서 하는 동안 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠시설 내에서 착. 탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안에 상해로 골절분류표(【별표 15】 참조)에 정한 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에 수술 1 회당 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다.

가. 위험이 큰 운동경기종목 : 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 유사한 운동경기

나. 위험이 다소 많은 운동경기종목 : 등산, 스키, 하키, 마술, 럭비, 축구, 경식야구, 유도, 핸드볼, 농구, 체조 및 이와 유사한 운동경기

다. 위험이 적은 운동경기종목 : 검도, 펜싱, 사이클, 스케이트, 탁구, 정구, 수구, 연식야구, 사격, 배구, 보트, 요트, 육상경기, 역도, 배드민턴, 골프, 궁도 및 이와 유사한 운동경기

② 제 1 항에서 "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 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 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 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회> 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제 1 항의 보험증권에 기재된 운동경기종목의 경우 보험증권에 기재된 운동경기종목보다 위험도가 낮은 운동경기종목을 포함합니다.

※ 보장범위 예시 ※ 보험증권상 기재된 운동경기: 나. 위험이 다소 많은 운동경기종목 ⇒ 보장범위: 나. 위험이 다소 많은 운동경기종목, 다. 위험이 작은 운동경기종목

⇒ 보장제외: 가. 위험이 큰 운동경기종목

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

노동조합활동중상해보장 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 노동조합 활동중(전임임원인 경우 출·퇴근을 포함합니다)에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 노동조합 활동중(전임임원인 경우 출·퇴근을 포함합니다)에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항에서 말하는 노동조합 활동중이란 아래의 활동을 말합니다.

1. 조합활동 종사중, 조합행사 참가중
2. 조합활동, 행사 참가를 위한 왕복 도중
3. 노동쟁의 조정법상의 합법적인 쟁의활동 중

제 2 조(피보험자의 범위)

피보험자는 전임 및 비전임을 묻지 않고 당해 노동조합의 정부 위원장, 집행위원, 각분회위원장, 대의원을 말합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)외에 아래의 상해로 인하여 생긴 손해에 대하여도 보상하여 드리지 않습니다

1. 피보험자의 노동쟁의 활동중 폭력이나 파괴행위로 입은 상해(다만, 노동조합법 및 노동관계조정법 제 4 조(정당행위)의 정당행위인 경우에는 그러하지 않습니다)

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

방송국출연진단체상해보장 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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 방송국 관리하에 행하는 촬영활동(이하 "촬영활동" 이라 합니다)중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 방송국 관리하에 행하는 촬영활동(이하 "촬영활동" 이라 합니다)중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 "방송국의 관리하"란 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 역할을 담당하는 모든 사람으로 합니다.

② 제 1 항에 있어서 어떠한 경우라도 회사가 객관적으로 확인할 수 있는 촬영활동계획이나 촬영활동 상황과 함께 급여명부에 기재된 사람으로 한합니다.

제 3 조(보험가입금액)

① 피보험자의 가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 4 조(피보험자의 명부)

① 계약자는 항상 피보험자명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

② 계약자가 정당한 이유없이 제 1 항의 열람을 거부할 때에는 회사는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조(예치보험료)

예치보험료는 계약체결일 이전 1 개월 동안 1 일 평균인원수에 정해진 보험 요율을 적용하여 계산합니다.

제 6 조(보험료의 정산)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10 일까지 전월말까지의 피보험자수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니 다. 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 제 1 항에 의한 월간평균 피보험자수에 따라 산출된 확정 보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제 7 조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 8 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차경기단체상해보장 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 계약자의 관리하에 행하는 자동차 또는 모터싸이클 경기활동(이하 "자동차 경기활동" 이라 합니다) 중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 계약자의 관리하에 행하는 자동차 또는 모터싸이클 경기활동(이하 "자동차 경기활동" 이라 합니다) 중 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 자동차 경기활동이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

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)

피보험자는 자동차경기에 참여하는 선수, 선수보조자, 심판 등 운영 요원과 연습주행자, 경기참가 면허교육 참여자 등 자동차경기활동과 관련된 사람 중 보험가입 증서(보험증권)에 기재된 사람으로 합니다.

제 3 조(피보험자의 명부)

① 계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

② 계약자가 정당한 이유없이 제 1 항의 열람을 거부할 때에는 회사는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 2 항 제 2 호에 정한 자동차 또는 오토바이에 의한 경기 중 손해는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제 5 조(보험가입금액)

① 피보험자의 가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 6 조(예치보험료)

예치보험료는 계약체결일 이전 1 개월에 발생된 평균인원수 또는 계약체결일 이후 1 개월 동안에 발생될 것으로 예상되는 평균인원수를 기초로 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

제 7 조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10 일까지 전월말까지의 피보험자수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니 다. 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 제 1 항에 의한 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제 8 조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 9 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

외국인산업기술연수자단체상해보장 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 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(적용범위)

이 특별약관은 연수업체를 대표하여 중소기업협동조합중앙회를 계약자로 하고 연수업체에 소속된 외국인산업기술연수자를 피보험자로 하여 보험계약에 대하여 적용합니다.

제 3 조(보험가입금액)

① 피보험자의 가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각각 달리하여 가입하고자 할 경우에는, 회사는 계약사 항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 4 조(계약자)

계약자는 제 2 조(적용범위)의 연수업체를 대표하여 보험계약상의 모든 권리, 의무 를 직접 또는 간접적으로 행사할 수 있어야 합니다.

제 5 조(피보험자의 범위)

① 피보험자는 연수업체에 소속된 외국인 산업기술 연수자로 합니다.

② 계약이 성립된 후 연수업체를 무단으로 이탈하는 경우에 그 이탈시점부터 피보험자의 자격은 상실되며 그로 인한 사고는 보상하지 않습니다.

제 6 조(피보험자의 명부)

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

제 7 조(피보험자의 신청)

이 특별약관에서의 피보험자수는 이 보험계약에 부보된 총피보험자 수로 하며 이를 기준으로 단체계약 특별약관의 유형에 따른 할인율을 적용합니다.

제 8 조(피보험자의 추가, 감소 또는 교체)

① 이 단체계약을 맺은 후 피보험자를 추가, 감소 또는 교체하고자 하는 경우에는 계약자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.

② 이 보험기간 중에 피보험자 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 추가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려드립니다.

③ 회사는 제 1 항 및 제 2 항을 위반하였을 경우에 새로이 추가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

④ 제 1 항에 따라 피보험자가 추가 또는 교체되는 경우에는 피보험자 추가 또는 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입되며, 피보험자 추가 또는 교체시점부터 잔여 보험기간(피보험자 추가 또는 교체전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상하여 드립니다.

제 9 조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 10 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스카우트대원및지도자단체상해보장 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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 스카우트 단체(한국보이스카우트연맹, 한국걸스카우트연맹 또는 이들 연맹의 산하단체인 지방 연맹, 지구연합회 및 단위대를 말하며 이하 "단체"라 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 스카우트 단체(한국보이스카우트연맹, 한국걸스카우트연맹 또는 이들 연맹의 산하단체인 지방 연맹, 지구연합회 및 단위대를 말하며 이하 "단체"라 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동 중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 단체의 관리하라 함은 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 왕복도중

제 2 조(피보험자의 범위)

① 피보험자는 단체의 소속원으로 등록된 사람을 말합니다.

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

제 3 조(피보험자의 명부)

① 계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

② 계약자가 정당한 이유없이 제 1 항의 열람을 거부할 때에는 회사는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조(보험가입금액)

① 피보험자의 가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 5 조(보험료의 정산)

① 계약자는 보험기간 중에 피보험자가 증감된 경우 보험기간만료일 이후 30 일 이내에 그 증감내역을 서면으로 회사에 제출하여야 합니다.

② 제 1 항의 경우 회사는 증감자에 대하여 일단위로 보험료를 계산하여 계약을 체결할 때에 납입한 보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려드립니다.

제 6 조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 7 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

RCY 단체활동상해보장 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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 RCY (청소년 적십자)단체(산하단체인 지방연맹, 지구연합회 및 단위대를 말하며 이하 "단체"라고 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동(이하 "단체활동" 이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 RCY (청소년 적십자)단체(산하단체인 지방연맹, 지구연합회 및 단위대를 말하며 이하 "단체"라고 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동(이하 "단체활동" 이라 합니다) 중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 단체활동이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 단체활동(정규, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중일 때
2. 단체활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 단체활동을 위해 단체가 지정한 활동장소와 피보험자의 주거지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(피보험자의 범위)

① 피보험자는 한국 청소년 적십자(RCY)에 등록된 단원 및 지도자를 말합니다.

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

제 3 조(보험가입금액)

① 피보험자의 가입금액은 동일하게 책정합니다.

② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 4 조(피보험자의 명부)

① 계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구한 경우에는 이에 따라야 합니다. 계약자가 정당한 이유없이 제 1 항의 열람을 거부할 때에는 회사는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조(보험료의 정산)

① 계약자는 보험기간 중에 피보험자가 증감된 경우 보험기간 만료일 이후 30 일 이내에 그 증감내역을 서면으로 회사에 제출하여야 합니다.

② 제 1 항의 경우 회사는 증감자에 대하여 일단위로 보험료를 계산하여 계약을 체결할 때 납입한 보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려드립니다.

제 6 조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 7 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

해양소년단단체상해보장 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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 해양소년단 단체(한국해양소년단연맹 또는 이들 연맹의 산하단체인 지방연맹 및 지부를 말하며, 이하 "단체"라고 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동(이하 "단체활동" 이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 해양소년단 단체(한국해양소년단연맹 또는 이들 연맹의 산하단체인 지방연맹 및 지부를 말하며, 이하 "단체"라고 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동(이하 "단체활동" 이라 합니다) 중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금 (장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 단체의 관리하라 함은 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 왕복 도중

제 2 조(피보험자의 범위)

① 피보험자는 단체의 소속원으로 한국해양소년단연맹에 등록된 사람 및 지도자를 말합니다.

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

제 3 조(피보험자의 명부)

① 계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

② 계약자가 정당한 이유없이 제 1 항의 열람을 거부할 때에는 회사는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조(보험가입금액)

① 피보험자의 가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 5 조(보험료 정산)

① 계약자는 보험기간 중에 피보험자가 증감된 경우 보험기간 만료일이후 30 일 이내에 그 증감내역을 서면으로 회사에 제출하여야 합니다.

② 제 1 항의 경우 회사는 증감자에 대하여 일단위로 보험료를 계산하여 계약을 체결할 때에 납입한 보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려 드립니다.

제 6 조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 7 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

한국우주소년단대원및지도자단체상해보장 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 보험가입증서(보험증권)에 기재된 한국우주소년단(한국우주소년단 또는 산하 단체인 지방본부를 말하며 이하 "단체"라 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 보험가입증서(보험증권)에 기재된 한국우주소년단(한국우주소년단 또는 산하 단체인 지방본부를 말하며 이하 "단체"라 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동 중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 단체의 관리하라 함은 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 왕복도중

제 2 조(피보험자의 범위)

① 피보험자는 단체의 소속원으로 등록된 사람을 말합니다.

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

제 3 조(피보험자의 명부)

① 계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

② 계약자가 정당한 이유없이 제 1 항의 열람을 거부할 때에는 회사는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조(보험가입금액)

① 피보험자의 가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 5 조(보험료의 정산)

① 계약자는 보험기간 중에 피보험자가 증감된 경우 보험기간만료일 이후 30 일 이내에 그 증감내역을 서면으로 회사에 제출하여야 합니다.

② 제 1 항의 경우 회사는 증감자에 대하여 일단위로 보험료를 계산하여 계약을 체결할 때에 납입한 보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려드립니다.

제 6 조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험가입증서(보험증권)을 교부하여 드립니다.

제 7 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

해외주재원신변안전상해보장 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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지의 여행도중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지의 여행도중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

3. 피보험자가 보험기간중에 인질상태에 놓이게 되었을 경우에 해당 피보험자의 구출을 위해 실제로 소요된 구조비용(구조대 파견비용, 정보수집비, 정보제공자 사례비 등을 포함합니다. 이하 같습니다)

※용 어 풀 이※
인질상태라 함은 아래와 같은 경우를 말합니다.
1. 불법적인 유괴, 납치로 소재가 불명하거나, 유괴 또는 납치되었음이 증명되었을 때
2. 정치적이건 비정치적이건을 막론하고 피보험자가 비우호적인 집단에 의해 감금되어 있을 때
3. 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 행방불명 또는 조난된 경우

제 2 조(구조비용 보험금)

① 회사는 피보험자가 인질상태에 놓여 있을 때, 해당 피보험자의 사망 후유장해 보험가입금액의 10% 범위내에서 실제로 소요된 아래의 비용을 지급합니다.

1. 수색구조비용 : 피보험자를 수색, 구조 또는 이송하는 활동에 필요한 비용중 이들 활동에 종사한 사람의 청구에 의하여 지급한 비용
2. 구조대 파견비용 : 피보험자를 구조하기 위하여 사고발생지로 구조대를 파견하는 경우 현지 의 왕복 항공운임 등 교통비
3. 정보수집비 또는 정보제공자 사례비 : 피보험자를 구조하는데 직접적으로 사용된 정보수집 비 또는 정보제공자에 대한 사례비 등

② 회사는 제 1 항의 비용 중 정당하다고 안정된 부분만 보상하여 드리며, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 타인으로부터 손해배상을 받을 수 있는 부분에 대하여는 그 금액을 지급하지 않습니다.

③ 회사가 지급하여야 할 구조비용 보험금은 1 사고마다 보험증권(보험가입증서)에 기재된 구조비용 보험가입금액(사망・후유장해 보험가입금액의 10%)을 한도로 합니다.

제 3 조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서 「해외주재원」이라 함은 대한민국 전역 및 대한 민국과 외교관계를 맺거나 무역거래를 영위하는 국가 안에 정한 지역에 파견 또는 주재하는 대한민국의 외교사절, 공관원 및 기타 이들에 준하는 자격을 가진 자를 말합니다.

② 이 특별약관에서 피보험자는 해외주재원 본인과 해외주재지에 동행한 다음의 가족을 말합니다.

1. 피보험자 본인의 배우자
2. 피보험자 본인의 직계 미혼자녀

3. 단, 15 세미만 자녀의 경우에는 사망보험금 지급대상에서 제외됩니다.

③ 제 2 항의 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제 4 조(보험가입금액)

피보험자 본인 및 그 가족의 1 계좌당 보험가입금액은 다음과 같으며, 보장위험별로 계좌수를 다르게 하여 가입할 수 있습니다.

(단위 : US$)

구 분	사망·후유장해		
	1 종	2 종	3 종
본 인	100,000	100,000	300,000
배 우 자	70,000	60,000	200,000
자녀 (1 인당)	10,000	20,000	30,000

제 5 조(피보험자의 변경)

① 다음과 같은 사실이 발생한 경우 해당 피보험자는 그 사실발생과 동시에 이 계약의 피보험자로부터 제외됩니다.

1. 피보험자 본인이 무단으로 외교관의 직무를 이탈한 때
2. 피보험자가 외국에 망명한 때
3. 피보험자 본인이 국내 근무발령을 받고 귀국한 때

② 이 계약의 보험기간 중에 새로운 피보험자를 추가 또는 주재국을 변경할 경우에는 계약자는 서면으로 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제 6 조(보장의 시기 및 종기)

① 회사는 피보험자가 외국에 파견 또는 주재할 목적으로 현지로 출발하기 위하여 국내의 공항이나 부두에서 비행기 또는 선박에 탑승한 때로부터 귀국하여 비행기나 선박에서 내릴 때까지의 기간동안에 발생한 사고에 대하여만 보상하여 드립니다. 그러나 해외주재 기간 중에 회의참석, 신병 등으로 인해 일시 귀국한 경우에는 국내에 체류하는 기간 동안에 발생한 사고에 대해서도 보상하여 드립니다.

② 피보험자가 승객으로 탑승하는 항공기, 선박 등의 교통수단이 보험기간 마지막 날의 오후 4 시까지 여행의 최종목적지에 도착하도록 예정되어 있음에도 불구하고 도착이 지연되었을 경

우에는 제 1 항의 규정에도 불구하고 보장의 종기는 자동적으로 24 시간을 한도로 연장됩니다.

③ 제 3 항의 경우에 피보험자가 승객으로 탑승하는 항공기가 제 3 자에 의한 불법적인 지배를 받았을 경우나 또는 공권력에 의해 구속을 받았을 경우에는 그 때부터 피보험자가 해방되어 정상적인 여행상태에 돌아올 때까지의 필요한 시간 또는 회사가 타당하다고 인정하는 시간을 한도로 하여 보장의 종기는 연장됩니다.

④ 제 1 항 및 제 2 항의 시각은 보험증권(보험가입증서) 발행지의 표준시를 따릅니다.

제 7 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

해외주재원전쟁위험추가보장 추가특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항 제 5 호에도 불구하고 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 손해에 대하여도 이 추가특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 해당 특별약관을 따릅니다.

골프활동중상해보장 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 골프시설 (골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장, 탈의실 등 그 외 부속시설을 포함합니다) 구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식을 포함합니다)중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

2. 보험기간 중 골프시설 (골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장, 탈의실 등 그 외 부속시설을 포함합니다) 구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식을 포함합니다)중에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 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.

군인영외체류기간중상해보장 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 군복무 중의 영외체류기간(임무수행을 목적으로 한 영외체류를 제외한 모든 영외체류기간. 단, 탈영은 제외합니다.) 동안에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 군복무 중의 영외체류기간(임무수행을 목적으로 한 영외체류를 제외한 모든 영외체류기간. 단, 탈영은 제외합니다.) 동안에 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 군복무 중이라 함은 피보험자가 병역법에 의하여 군복무를 위해 입영한 시점부터 군인사법에 의한 전역, 퇴역, 제적 등으로 인한 전역일까지의 기간을 말합니다.

③ 제 1 항의 영외체류기간이라 함은 임무수행을 목적으로 한 영외체류를 제외한 모든 영외체류기간을 의미합니다.

제 2 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자라 함은 군 인사법 제 2 조에서 정한 현역에 복무하는 병을 말하며, 병역법 제 24 조 및 제 25 조에 의하여 신분이 전환된 자(병역법 제 25 조의 '경찰대학졸업예정자로서 전투경찰대에 복무할 사람'은 제외)도 포함합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

군인영외체류기간중교통상해보장 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 군복무 중의 영외체류기간(임무수행을 목적으로 한 영외체류를 제외한 모든 영외체류기간. 단, 탈영은 제외합니다.) 동안에 다음 각 목의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

   가. 피보험자가 운행중의 교통승용구에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통승용구(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해

   나. 피보험자가 운행중의 교통승용구에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해

   다. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통승용구로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

2. 보험기간 중 군복무 중의 영외체류기간(임무수행을 목적으로 한 영외체류를 제외한 모든 영외체류기간. 단, 탈영은 제외합니다.) 동안에 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 교통승용구라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계 및 농업기계 (다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통승용구로 보지 않습니다)

③ 제 1 항의 군복무 중이라 함은 피보험자가 병역법에 의하여 군복무를 위해 입영한 시점부터 군인사법에 의한 전역, 퇴역, 제적 등으로 인한 전역일까지의 기간을 말합니다.

④ 제 1 항의 영외체류기간이라 함은 임무수행을 목적으로 한 영외체류를 제외한 모든 영외체류기간을 의미합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자라 함은 군 인사법 제 2 조에서 정한 현역에 복무하는 병을 말하며, 병역법 제 24 조 및 제 25 조에 의하여 신분이 전환된 자(병역법 제 25 조의 '경찰대학졸업예정자로서 전투경찰대에 복무할 사람'은 제외)도 포함합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

군인영외체류기간중대중교통상해보장 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 군복무 중의 영외체류기간(임무수행을 목적으로 한 영외체류를 제외한 모든 영외체류기간. 단, 탈영은 제외합니다.) 동안에 다음 각 목의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

   가. 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고

   나. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승하차하던 중 일어난 교통사고

   다. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고

2. 보험기간 중에 군복무 중의 영외체류기간(임무수행을 목적으로 한 영외체류를 제외한 모든 영외체류기간. 단, 탈영은 제외합니다)동안에 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이

하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 대중교통수단이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.

1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철/전철,기차
3. 여객자동차운수사업법시행령 제 3 조(여객자동차운송사업의 종류)에서 규정한 시내버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
4. 여객자동차운수사업법시행령 제 3 조(여객자동차운송사업의 종류)에서 규정한 일반택시 및 개인택시(렌터카 제외)
5. 여객수송용 선박

③ 제 1 항의 군복무 중이라 함은 피보험자가 병역법에 의하여 군복무를 위해 입영한 시점부터 군인사법에 의한 전역, 퇴역, 제적 등으로 인한 전역일까지의 기간을 말합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

병상해질병사망보장 특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자라 함은 다음과 같습니다.

1. 군인사법 제 2 조(적용범위)에서 정한 현역 복무하는 병(兵)
2. 병역법 제 2 조(정의 등)에서 정한 상근예비역

3. 군 인사법 제 2 조 2 호의 사관생도, 사관후보생 및 부사관후보생(공군항공과학고 학생 포함)

제 2 조(보장기간)

① 이 특별약관에 따라 피보험자가 보장을 받는 기간은 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 군인사법 제 2 조(적용범위)에서 정한 현역 복무하는 병(兵) 및 병역법 제 2 조(정의 등)에서 정한 상근예비역인 경우 : 피보험자의 훈련소(신교대) 입소를 위해 병영 내에 도착한 시점부터 전역 명령일 24:00 시까지
2. 피보험자가 군인사법 제 2 조 2 호의 사관생도 및 공군항공과학고 학생인 경우
   가) 신입생 : 가입교 등록을 위해 학교 내 도착한 시점부터 적용
   나) 재학생 : 재학기간 중 적용
   다) 졸업생 : 임관일 24:00 까지
   ※ 중도 퇴교 시 : 인사명령기준 퇴교일 24:00 까지
3. 군 인사법 제 2 조 2 호의 사관후보생 및 부사관후보생(공군항공과학고 학생 제외)
   가) 기초군사훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00 까지
   나) 재학 중 입영훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00 까지
   다) 임관을 위한 입영훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00 까지

② 제 1 항에도 불구하고 보험기간 종료시 피보험자의 보장기간도 종료됩니다.

제 3 조(보험금 지급사유)

회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 특별약관 제 2 조의 보장기간 중에 발생한 상해의 직접적 결과로써 특별약관 제 2 조의 보장기간 중에 사망한 경우
2. 특별약관 제 2 조의 보장기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 자살
2. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
3. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
4. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
5. 피보험자가 지휘관의 허가없이 군부대를 무단이탈하여 발생한 사고
6. 피보험자가 불법행위로 타인을 해치거나 해치려는 도중에 타인 또는 제 3 자가 피해방지 또는 방어의 목적으로 피보험자 본인을 해친 경우
7. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동. 단, 외국의 범위에 북한을 포함합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차(이륜차제외)교통상해보장 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 다음 각 목의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

   가. 피보험자가 운행중의 자동차에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 자동차(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해

   나. 피보험자가 운행중의 자동차에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해

   다. 도로 통행중의 피보험자가 자동차로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 상해

2. 보험기간 중 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 자동차중 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한

건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하 「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9 종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고상해진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거사고로 인한 상해의 직접결과로써 의료법 제 3 조 (의료기관)에서 정한 의료기관에서 28 일 이상의 최초 진단(추가 진단은 해당되지 않습니다)을 받고, 실제 치료중이거나, 치료가 종료된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금으로 1 회에 한하여 지급합니다.

② 제 1 항의 자전거사고라 함은 아래의 각 호에 정한 경우를 말합니다.

1. 자전거를 직접 운전하던 중에 일어난 사고
2. 자전거를 운전하고 있지 않은 상태로 자전거에 탑승 중에 일어난 사고
3. 도로통행중인 피보험자가 자전거로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제 1 항의 자전거라 함은 도로교통법 제 2 조(정의) 제 20 호에서 정한 자전거를 말합니다. (도로교통법 제 2 조(정의) 제 19 호 원동기장치자전거는 포함되지 않습니다)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 ( )일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에 ( )일째 입원일로부터 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 180 일을 한도로 제 1 항의 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제 2 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◉ 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.

교통상해입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 다음 각 호의 상해의 그 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 ( )일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에 ( )일째 입원일로부터 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.

1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 수단의 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 상해

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 항의 교통상해입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계 및 농업기계 (다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

④ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

- 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.

업무중상해입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 업무중(출·퇴근은 업무중로 봅니다)에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 ( )일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에 ()일째 입원일로부터 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 항의 업무중상해입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제 2 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

- 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.

신주말상해입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 금요일 오후(12 시에 시작하여 24 시까지), 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 동안에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 ( )일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에 ( )일째 입원일로부터 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 항의 신주말상해입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항의 법정공휴일 및 근로자의 날은 사고발생지의 관공서 공휴일에 관한 규정 및 국경일에 관한 법률, 근로자의 날 제정에 관한 법률에서 정한 휴일을 말합니다.

④ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제 2 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◉ 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.

신주말교통상해입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 금요일 오후(12 시에 시작하여 24 시까지), 토요일, 법정공휴일(일요일 포함) 또는 근로자의 날 동안에 다음 각 호의 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에 입원하여 의사의 치료를 받은 경우에 ( )일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에 ( )일째 입원일로부터 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.

1. 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때 운행중의 교통수단(적재물을 포함)와의 충돌, 접촉 또는 이들 수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때 운행중의 교통수단(적재물을 포함)와의 충돌, 접촉 또는 이들 수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
3. 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 항의 신주말교통상해입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 제 1 항에 정한 신주말교통사고에서 제외합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승
2. 하역작업

3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

④ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

※용 어 풀 이※

◉ 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

㉠ 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일

㉡ 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 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 교통 수단으로 보지 않습니다)

◉ 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.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당보장 특별약관

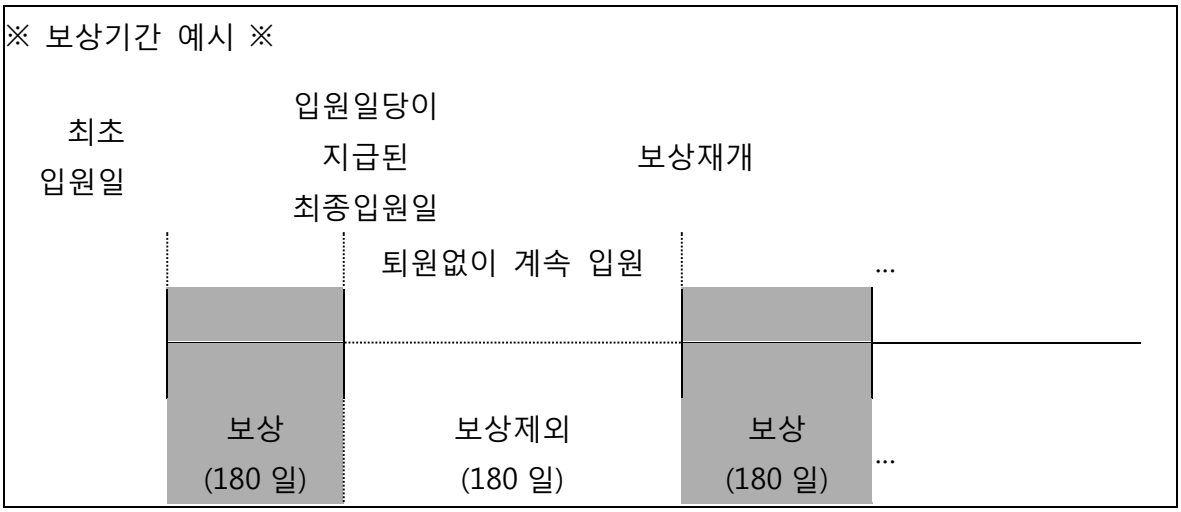
제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.)에 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다.)하여 치료를 받은 때에는 이 특약에 따라 최고 180 일을 한도로 입원 1 일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 질병입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑤ 청약서상 '계약전 일릴의무(중요한 사항에 한합니다.)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거 (청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 선천성 뇌질환
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 제 1 항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제 4 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조 (의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◉ 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.

질병입원일당출산보장 추가특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 질병입원일당 특별약관 제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항 제 2 호 및 제 2 항 제 1 호, 제 4 호에도 불구하고 피보험자가 임신・출산・산후기 관련 질환으로 진단 확정되고, 그 질환의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

이 경우 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 모자보건법 제 2 조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원에 입원하는 경우 및 산후조리를 목적으로 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입원하는 경우는 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(임신·출산·산후기 관련 질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "임신・출산・산후기 관련 질환"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표 6】"임신, 출산 및 산후기 분류표"에 해당하는 질병을 말합니다.

② "임신・출산・산후기 관련 질환"의 진단확정은 의료법 제 3 조 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 3 조(입원의 정의와 장소)

이 특약에서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다.)에 의하여 임신・출산・산후기 관련 질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 "임신・출산・산후기 관련 질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 "임신・출산・산후기 관련 질환"으로 진단이 된 질병의 치료

를 목적으로 한 입원을 말하며, "임신・출산・산후기 관련 질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "임신・출산・산후기 관련 질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "임신・출산・산후기 관련 질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "임신・출산・산후기 관련 질환"으로 진단된 경우에는 이는 "임신・출산・산후기 관련 질환"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 동일한 "임신・출산・산후기 관련 질환"의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 질병입원일당보장 특별약관 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상)
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요 기타 이들과 유사한 사태
7. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
8. 위 제7호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보장하여 드리지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 치과질환
5. 불임에 따른 검사 및 시술
6. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
7. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제 6 조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 질병입원일당의 보상한도는 질병입원일당 특별약관 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 7 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당보장 특별약관 및 보통약관을 따릅니다.

소득보상금보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률이 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 50%이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통상해소득보상금보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 일시금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함)와의 충돌, 접촉 또는 이들 수단의 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 50% 이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 제 1 항에 정한 교통사고에서 제외합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승
2. 하역작업
3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

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 제 2 조에 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 교통 수단으로 보지 않습니다)

휴일교통상해소득보상금보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중에 사고발생지의 토요일, 법정공휴일 (일요일 포함) 또는 근로자의 날에 다음 각 호의 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 일시금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함)와의 충돌, 접촉 또는 이들 수단의 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 50% 이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 제 1 항에 정한 교통사고에서 제외합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승
2. 하역작업
3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◉ 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

㉠ 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일

㉡ 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 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 교통 수단으로 보지 않습니다)

업무중상해소득보상금보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간중에 업무중(통상적인 출퇴근은 업무중 으로 봅니다)에 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률이 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 50% 이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴업손해장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사고일부터 90 일 이내에 완전하고도 계속적으로 무능력하게 되어 직무에 종사할 수 없게 되었을 때에는 그 기간에 대해 52

주를 한도로 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 하여 정기적(주급)으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 제 1 항에서 정한 사고로 무능력상태가 된 후 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료 전 사고일로부터 52 주를 한도로 보험금을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 입은 상해가 다음 지급률표의 항목에 해당하는 경우로써 피보험자가 본항에서 정한 일시금을 지급할 것을 사고일로부터 30 일 이내에 서면으로 회사에 통지할 경우에는 피보험자는 제 1 항의 보험금 대신에 다음 지급률표에 의한 일시금을 지급 받을 수 있습니다. 다만, 동일사고로 여러 부위에 상해을 입은 경우에는 가장 높은 금액만 을 지급합니다.

- 지급률표 -

보험금 주급액이 70,000 원(가입금액 10,000 원의 경우)인 경우의 일시금은 다음과 같으며 보험금 주급액이 70,000 원을 초과하거나 그 미만인 경우에는 비례계산에 따라 지급합니다.

가.제거에 의한 상실

한 개 이상의 지골(趾骨) ---------- 560,000 원

한 개 이상의 지골(指骨)---------- 420,000 원

(또는 최소한 한 개 이상의 지지골(指趾骨))

나.관절의 완전탈골

엉덩이---------- 840,000 원

무릎(슬개골 제외) ---------- 420,000 원

족골(지골(趾骨) 제외) ---------- 420,000 원

발목 ---------- 420,000 원

손목 ---------- 378,000 원

팔꿈치 ---------- 280,000 원

어깨 ---------- 210,000 원

한 개 이상의 지골(趾骨) 또는 지골(指骨)---------- ---- 70,000 원

다.완전골절

두개골 ---------- 910,000 원

대퇴부 ---------- 840,000 원

상박(팔꿈치와 어깨사이) ---------- 840,000 원

골반 ---------- 700,000 원

어깨뼈 ---------- 560,000 원

다리 ---------- 560,000 원

슬개골 ---------- 560,000 원

쇄골 ---------- 420,000 원

전박(손목과 팔꿈치사이) ---------- 420,000 원

족(지골(趾骨) 제외) ---------- 350,000 원

손(손가락 제외) ---------- 350,000 원

아래턱(치조돌기 제외) ---------- 210,000 원

한 개 이상의 늑골(갈비뼈)(肋骨), 지골(指骨) 또는 지골(趾骨) --- 140,000 원

④ 피보험자가 보험금을 받을 수 있는 기간 중 다시 보험금에 해당하는 상해를 입었을지라도 회사는 보험금을 중복하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

실업손해보상금보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 계약일부터 그 날을 포함하여 ( )일(( )일은 180 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날(이하 "보장개시일" 이라 합니다) 이후에 직업을 잃고, 직업을 잃은 날(이하 "퇴직일" 이라 합니다) 이후에 고용보험법에 의해 신규수급자의 자격을 인정받아 실업 급여를 지급받은 때에는 이 특별약관 보험가입금액 전액을 실업손해보상금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 정한 신규수급자란 실업급여 수급자 중에서 최초로 실업급여를 받은 수급자를 말합니다.

③ 제 1 항의 경우 퇴직일은 보장개시일 이후에 발생한 최초의 퇴직일을 기준으로 하며, 계약일은 제 1 회 보험료를 받은 날로 합니다.

④ 제 1 항의 실업손해보상금은 피보험자가 신규수급자의 자격을 인정받은 때마다 지급합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 피보험자가 아래의 사유로 직업을 잃어 고용보험법에 의해 실업급여를 지급받지 못하는 경우에는 제 1 조(보상하는 손해)에서 정한 실업손해보상금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 직장을 스스로 그만 두었을 경우
2. 형법 직무관련법을 위반 또는 불법쟁의 행위를 이유로 금고 이상의 형을 받고 해고된 경우
3. 공금횡령, 회사기밀누설, 기물파괴, 허위서류작성 등으로 고용회사에 막대한 손실을 끼쳐 해고된 경우
4. 기타 고용보험법에 의해 실업급여를 지급받지 못한 경우

제 3 조(피보험자의 자격)

이 특별약관에서 정하는 피보험자는 고용보험에 가입된 근로자를 말합 니다.

제 4 조(보험금의 청구시)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 실업급여 수령 입증서류(고용보험 수급자격자증, 실업급여를 수령한 통장 사본 등)
3. 퇴직증명서 또는 퇴직일을 증명할 수 있는 서류
4. 그 밖의 필요한 증거자료

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통상해입원위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 다음 각 호의 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 ( ) 일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에 이 특별약관 보험가입금액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 수단의 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 상해

② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 다만, 최종퇴원일로부터 180 일이 지나고 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.

③ 제 1 항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계 및 농업기계 (다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

제 2 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해입원위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 ( )일이상 입원하여 치료를 받은 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 1 항의 보험가입금액 전액을 보상하여 드립니다.

③ 동일한 상해의 치료를 목적으로 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 다만 최종퇴원일로부터 180 일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 2 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원에 ( )일이상 입원하여 치료를 받은 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험가입금액 전액을 보상하여 드립니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

④ 청약서상 '계약전 일릴의무(중요한 사항에 한합니다.)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 선천성 뇌질환
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 제 1 항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제 4 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조

(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조(준용규정)

① 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관를 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◉ 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.

장애발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 장애인복지법시행령 제 2 조(장애인의 종류 및 기준)에서 정한 【별표 29】장애인의 장애등급표에 따라 장애인이 된 경우 아래와 같이 이 특별약관의 보험가입금액을 피보험자에게 보험금으로 지급합니다.

장애등급	지급금액
1 급	( )만원
2 급	( )만원
3 급	( )만원
4 급	( )만원
5 급	( )만원
6 급	( )만원

※용어의 정의※

- 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.
- 질병: 보험기간 중에 진단확정된 질병을 말합니다.

② 제 1 항의 장애등급 판정은 보건복지부가 고시한 장애등급판정기준을 따릅니다. 다만 보험기간 전 이미 장애를 가지고 있는 경우에는 보험기간중에 발생한 상해나 질병으로 인한 추가 장애에 대해서만 장애등급으로 인정합니다.

③ 피보험자가 동일한 상해나 질병을 직접적인 원인으로 하여 같은 등급에 둘 이상의 중복장애가 있는 경우에는 1 등급 위의 급으로 합니다.

④ 피보험자가 동일한 상해나 질병을 직접적인 원인으로 하여 서로 다른 등급에 둘 이상의 중복장애가 있는 경우에는 의료기관의 전문의가 장애의 정도를 감안하여 당해 주된 장애등급보다 1 등급 위의 등급으로 조정합니다.

⑤ 제 3 항 내지 4 항에도 불구하고 아래와 같은 경우에는 중복장애로 합산 판정할 수 없습니다.

1. 지체장애와 뇌병변장애가 중복된 경우
2. 정신지체장애와 발달장애가 중복된 경우
3. 기타 장애부위가 동일하거나 장애성격이 중복되어 중복장애로 합산 판정하는 것이 타당하지 않은 것으로 보건복지부장관이 정하는 경우

⑥ 피보험자가 지급사유가 다른 상해나 질병을 직접적인 원인으로 2 회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 보험금을 드립니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해사망보장 특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간중에 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된「업무상의 재해」중 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1 년이 내에 사망하거나 피보험자가 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된「업무상의 재해」중 질병 또는 공무원연금법 제 25 조(급여)에서 정한「공무로 인한 질병」으로 보험기간중에 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 산업재해사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다. 단, 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 유족급여를 지급한 경우에만 산업재해사망보험금을 지급합니다.

② 제 1 항의 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따르며, 제 1 항의 공무원연금법 제 25 조(급여)에서 정한「공무로 인한 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 16 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 피보험자에 대하여 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해질병사망보장 특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된 「업무상의 재해」 중 질병 또는 공무원연금법 제 25 조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」으로 보험기간중에 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 산업재해질병사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다. 단, 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 유족급여를 지급한 경우에만 산업재해질병사망보험금을 지급합니다.

② 제 1 항의 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따르며, 제 1 항의 공무원연금법 제 25 조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 피보험자에 대하여 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해상해사망보장 특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간중에 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된「업무상의 재해」중 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 산업재해상해사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다. 단, 근로복지공단이 유족급여를 지급한 경우에만 산업재해상해사망보험금을 지급합니다.

② 제 1 항의 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따릅니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 피보험자에 대하여 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해장해보장 특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간중에 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된 「업무상의 재해」중 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 「산업재해보상보험법 시행령 별표 6 신체장해등급표」」에서 정한 제 1 급~제 14 급 장해(이하 「장해」라 합니다)상태가 되어, 사고일로부터 1 년 이내에 산업재해보상보험법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 장해급여대상자로 판정한 경우, 다음과 같이 산업재해장해보험금을 지급합니다.

장 해 등 급	지 급 액
1 급 ~2 급	특약 보험가입금액의 ()%
3 급 ~5 급	특약 보험가입금액의 ()%
6 급 ~8 급	특약 보험가입금액의 ()%
9 급 ~11 급	특약 보험가입금액의 ()%
12 급 ~14 급	특약 보험가입금액의 ()%

② 회사는 이 특별약관에 따라 보험기간중에 피보험자가 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된 「업무상의 재해」중 질병으로 진단확정되고 「산업재해보상보험법 시행령 별표 6 신체장해등급표」」에서 정한 제 1 급~제 14 급 장해(이하 「장해」라 합니다)상태가 되어, 보험기간중 산업재해보상보험법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 장해급여대상자로 판정한 경우에는 다음과 같이 산업재해장해급여금을 지급합니다.

장 해 등 급	지 급 액
1 급 ~2 급	특약 보험가입금액의 ()%
3 급 ~5 급	특약 보험가입금액의 ()%
6 급 ~8 급	특약 보험가입금액의 ()%
9 급 ~11 급	특약 보험가입금액의 ()%
12 급 ~14 급	특약 보험가입금액의 ()%

③ 피보험자가 보험기간중에 공무원연금법 제 25 조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」으로 진단확정되고 「공무원연금법 시행령 별표 2 장애등급」에서 정한 제 1 급~제 14 급 장해상태가 되어, 보험기간중 공무원연금관리공단이 장해급여대상자로 판정한 경우에도 제 2 항과 같이 산업재해장해보험금을 지급합니다.

④ 제 1 항 내지 제 3 항에 규정한 장해급여대상자의 판정일은 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 발급한 장해결정통보서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.

⑤ 제 1 항 내지 제 3 항에 규정한 산업재해장해보험금의 지급사유가 다른「업무상의 재해」중 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 하여 2 회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 산업재해장해보험금을 드립니다. 그러나 그 장해가 이미 산업재해장해보험금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 산업재해장해보험금에서 이미 지급한 산업재해장해보험금을 뺀 금액을 드립니다.

⑥ 제 2 항 및 제 3 항에서 정한「업무상의 재해」중 질병 또는「공무로 인한 질병」으로 보험기간 이전에 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단으로부터 장해등급 판정을 받아 장해급여가 지급된 후, 동일한 질병을 원인으로 장해상태가 더 악화되어 제 2 항 및 제 3 항에서 정한 보험기간중에 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해등급이 판정되어 장해급여를 지급받은 경우, 보험기간중 장해급여를 지급받은 악화된 장해등급에 해당하는 산업재해질병장해보험금에서 보험기간 이전의 장해등급에 특약보험가입금액을 곱한 금액을 뺀 금액을 드립니다.

⑦ 산업재해장해보험금의 지급한도는 통산하여 특약보험가입금액의 100%로 합니다.

⑧ 제 1 항에도 불구하고 제 1 항의 상해로 인해 사고일로부터 1 년 이내에 장해급여가 지급되지 않은 경우에는, 그 이후 근로복지공단의 장해급여 지급일을 기준으로 하여 이 특별약관에서 산업재해장해보험금을 지급합니다.

⑨ 제 1 항 및 제 2 항의 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따르며, 제 3 항의 공무원연금법 제 25 조(급여)에서 정한「공무로 인한 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해질병장해보장 특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간중에 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된 「업무상의 재해」중 질병으로 진단확정되고 「산업재해보상보험법 시행령 별표 6 신체장해등급표」에서 정한 제 1 급~제 14 급 장해(이하 「장해」라 합니다)상태가 되어, 보험기간중 산업재해보상보험법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 장해급여대상자로 판정한 경우에는 다음과 같이 산업재해질병장해급여금을 지급합니다.

장 해 등 급	지 급 액
1 급 ~ 2 급	특약 보험가입금액의 100%
3 급 ~ 5 급	특약 보험가입금액의 70%
6 급 ~ 8 급	특약 보험가입금액의 50%
9 급 ~ 11 급	특약 보험가입금액의 30%
12 급 ~ 14 급	특약 보험가입금액의 10%

② 피보험자가 보험기간중에 공무원연금법 제 25 조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」으로 진단확정되고「공무원연금법 시행령 별표 2 장애등급」에서 정한 제 1 급~제 14 급 장해상태가 되어, 보험기간중에 공무원연금관리공단이 장해급여대상자로 판정한 경우에도 위 제 1 항과 같이 산업재해질병장해급여금을 지급합니다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 규정한 장해급여대상자의 판정일은 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 발급한 장해결정통보서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.

④ 제 1 항 및 제 2 항에 규정한 산업재해질병장해보험금의 지급사유가 다른 「업무상의 재해」 중 질병을 직접적인 원인으로 하여 2 회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 산업재해질병장해보험금을 드립니다. 그러나 그 장해가 이미 산업재해질병장해보험금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 산업재해질병장해보험금에서 이미 지급한 산업재해질병장해보험금을 뺀 금액을 드립니다.

⑤ 제 1 항 및 제 2 항에서 정한 「업무상의 재해」 중 질병 또는 「공무로 인한 질병」으로 보험기간 이전에 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단으로부터 장해등급 판정을 받아 장해급여가 지급된 후, 동일한 질병을 원인으로 장해상태가 더 악화되어 제 1 항 및 제 2 항에서 정한 보험기간중에 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해등급이 판정된 경우, 보험기간중에 판정된 악화된 장해등급에 해당하는 산업재해질병장해보험금에서 보험기간 이전의 장해등급에 특약보험가입금액을 곱한 금액을 뺀 금액을 드립니다.

⑥ 산업재해질병장해보험금의 지급한도는 통산하여 특약보험가입금액의 100%로 합니다.

⑦ 제 1 항의 산업재해보상보험법 제 5 조(정의) 제 1 항에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따르며. 제 2 항의 공무원연금법 제 25 조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

의사상자상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 보험기간중 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 직무외의 행위로 타인의 생명, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다) 또는 재산의 급박한 피해를 구제하다가 신체에 상해를 입어 '의사상자예우에관한법률' 및 동법시행령의 규정에 따라 의사상자로 판정되는 경우 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(손해의 보상)

이 특별약관의 보험금액은 '의사상자예우에관한법률' 및 동법시행령의 규정에 의거 정부가 지급하는 금액으로 합니다. 단, 해당금액이 연도별로 변경되는 경우 계약시점의 정부지급기준금액으로 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 상해보장 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 자원봉사활동을 하는 동안 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 자원봉사활동을 하는 동안 상해로 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이란 다음을 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함합니다. 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로로 통행중

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◉ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동

③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 상해입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받았을 경우에 입원일로부터 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.

② 제 1 항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

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

③ 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 180 일을 한도로 제 1 항의 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

④ 보험자(보험대상자)가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 180 일 이내에 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제 2 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◉ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동

③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

◉ 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.

자원봉사활동중 교통상해입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 다음 각 호의 상해의 그 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 ( )일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에 ( )일째 입원일로부터 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.

1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 수단의 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 상해

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 항의 교통상해입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거.
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계 및 농업기계 (다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

④ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

⑤ 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

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

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◉ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동

③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

◉ 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.

자원봉사활동중 질병입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.)에 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다.)하여 치료를 받은 때에는 이 특약에 따라 최고 180 일을 한도로 입원 1 일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 자원봉사활동중에 발생한 질병을 직접원인으로 하여 보험기간 만료후 30 일 이내에 병원 또는 의원에 입원하였을 경우에도 동일하게 보상하여 드립니다.

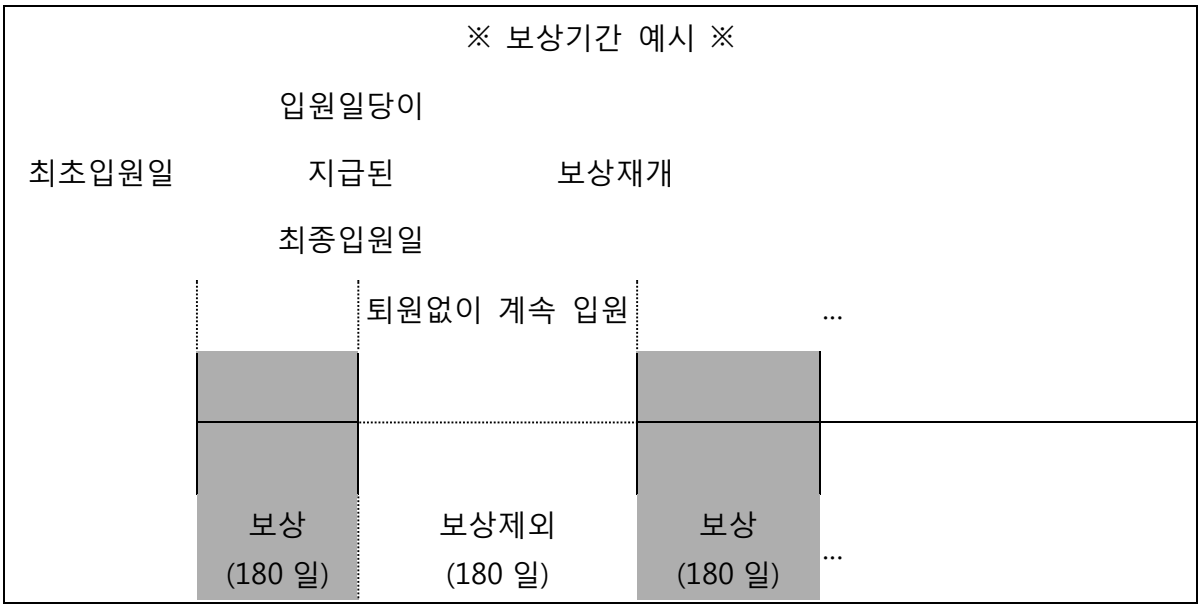
② 제 1 항의「자원봉사활동을 하는 동안」이란 다음을 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함합니다.이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로로 통행중

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

② 제 1 항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 질병입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑤ 청약서상 '계약전 일릴의무(중요한 사항에 한합니다.)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 선천성 뇌질환
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 제 1 항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제 4 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◉ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동	② 환경보호분야에 관한 봉사활동
③ 교육분야에 관한 봉사활동	④ 소비자 보호에 관한 봉사활동
⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동	⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동
⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동	⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

◉ 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.

자원봉사활동중 배상책임보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 발생된 아래의 보험사고로 제 3 자의 신체의 장해 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상하여 드립니다.

② 회사가 1 사고당 보상하는 손해는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자가 제 5 조(손해방지의무) 제 1 항 제 1 호의 방법을 조사하여 구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용

나. 피보험자가 제 5 조(손해방지의무) 제 1 항 제 2 호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제 2 항 및 제 3 항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

③ 제 1 항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이란 다음을 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함합니다.이하 같습니다)에 직접 참여중인 때

2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동장소에 있는 동안

3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로로 통행중

제 2 조(보상하지 않는 손해)

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

1. 계약자, 또는 피보험자의 고의
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
5. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제 6 호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
12. 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(장해로 인한 사망을 포함합니다.)에 기인하는 배상책임
14. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
15. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
16. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.

17. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임

18. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임

19. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다.), 총기(공기총은 제외합니다.)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임

20. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.

21. 불법행위 또는 폭력행위에 기인하는 배상책임

제 3 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 보험금 지급을 청구할 수 있습니다.

제 4 조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 이를 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명

2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우

3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제 1 항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제 1 항 제 3 호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 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. 제 3 자로부터 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 이유없이 위 제 1 항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제 10 조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제 1 호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액

2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액

3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제 6 조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1 회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금(2 만원)은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제 1 조(보상하는 손해) 제 1 호의 손해배상금 : 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.

2. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

3. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제 1 호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

② 회사가 제 1 항에 의하여 보상을 한 경우에는 보험가입금액(보상한도액)에서 그 보상액을 뺀 잔액을 나머지 보험기간에 대한 보험가입금액(보상한도액)으로 합니다.

제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자로부터 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 보험계약자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 보험계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제 2 항, 제 3 항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인해 늘어난 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 8 조(보험금의 분담)

① 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

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 제 1 항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제 9 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 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제 3 자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제 1 항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요청하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제 1 항, 제 2 항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제 10 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동

③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 상해통원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해의 직접결과로써 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 통원하여 치료를 받은 경우 통원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 통원일당으로 지급합니다. 다만, 통원일당의 지급일수는 30 일 한도로 합니다.

② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속중인 통원치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 30 일을 한도로 제 1 항의 통원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2 회 이상 통원치료시 1 회의 외래로 간주하여 제 1 항 및 제 4 항 1 호를 적용합니다.

④ 제 1 항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

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

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원일당은 보상하여 드리지 않습니다.

1. 수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 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. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◉ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동

③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 골절수술위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해에 입은 상해로 골절분류표(【별표 15】 참조)에 정한 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에 수술 1 회당 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다.

② 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

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

③ 제 1 항에서 "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 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 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 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>
의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에

관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◉ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동

③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

◉ 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.

자원봉사활동중 골절진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해로 골절분류표(【별표 15】 참조)에 정한 골절로 진단확정시에 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 단, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1 회에 한하여 지급합니다.

② 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

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

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◉ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동

③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 골절진단(치아파절제외)보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해로 골절분류표(【별표 15】 참조)에 정한 골절("치아파절" 제외)로 진단확정시에 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 단, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1 회에 한하여 지급합니다.

② 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

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

제 2 조(치아파절의 정의)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 치아파절이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 치아의 파절 및 파절치(분류코드 S02.5)에 해당하는 상병을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◉ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동
③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동
⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동
⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동
⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 폭력피해발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 아래에서 정한 범죄에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우에는 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 형법 제 25 장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
2. 형법 제 38 장에서 정하는 강도죄
3. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 "폭처법" 이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

② 제 1 항 제 1 호, 제 3 호에 정한 범죄의 경우에는 피보험자가 해당 범죄에 의하여 사망하거나 1 개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해에 한합니다.

③ 제 1 항에서「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

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

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 "폭처법" 제 4 조(단체등의 구성·활동)의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
2. 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◉ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동

③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 화상수술위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중에 자원봉사활동을 하는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 "사고"라 합니다)로 인하여 【별표 16】에 정한 화상으로 진단확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에 수술 1 회당 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 수술을 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다.

② 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

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

③ 제 1 항에서 "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 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 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 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◉ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동

③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

◉ 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.

자원봉사활동중 화상진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 "사고"라 합니다)로 인하여 화상으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 2 가지 이상의 화상상태인 경우에도 1 회에 한하여 지급합니다.

② 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

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

③ 제 1 항에서 "화상"이라 함은 【별표 16】의 화상분류표에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2 도 이상의 화상을 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◉ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 사회복지분야에 관한 봉사활동 ② 환경보호분야에 관한 봉사활동

③ 교육분야에 관한 봉사활동 ④ 소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤ 청소년 선도에 관한 봉사활동 ⑥ 범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧ 재해 구조에 관한 봉사활동

⑨ 공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩ 공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪ 위 ① ~ ⑨와 관련한 해외 봉사활동 ⑫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 익사사고사망보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 급격하고도 우연한 익사사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일부터 1 년 이내에 사망하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 익사사

고사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 익사사고란 피보험자가 수영중 또는 다이빙중에 사망하는 사고와 기타 태풍, 홍수, 선박침몰, 실족사고 등으로 강, 하천, 바다에 빠져 사망하는 사고를 말합니다.

③ 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중탈구,신경손상,압착손상진단비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표 33】탈구,신경손상,압착손상 분류표에 정한 탈구, 신경손상, 압착손상으로 진단 확정되었을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 탈구,신경손상,압착손상진단비로 지급합니다.

② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

③ 동일한 사고를 직접적인 원인으로 하여 복합적인 탈구,신경손상,압착손상 진단시에는 탈구, 신경손상,압착손상진단비를 1 회에 한하여 지급합니다.

④ 제 1 항에서 탈구,신경손상,압착손상의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

⑤ 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

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

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 외상성절단진단비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표 34】외상성절단 분류표에 정한 외상성절단으로 진단확정되었을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 외상성절단진단비로 지급합니다.

② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

③ 동일한 사고를 직접적인 원인으로 하여 복합적인 외상성절단 진단시에는 외상성절단진단비를 1 회에 한하여 지급합니다.

④ 제 1 항에서 외상성절단의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

⑤ 피보험자가 치아파절 및 치아발치 등의 치아손상을 입은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 성폭력범죄발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간중에 자원봉사활동을 하는 동안 피보험자에게 다음 각 호에서 정하는 성폭력범죄로 피해가 발생(이하「성폭력범죄피해의 발생」이라 합니다)하였을 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 형법 제 32 장 강간과 추행의 죄 중

   제 297 조(강간), 제 298 조(강제추행), 제 299 조(준강간, 준강제추행), 제 300 조(미수범), 제 301 조(강간 등 상해·치상), 제 301 조의 2(강간 등 살인·치사), 제 302 조(미성년자등에 대한 간음), 제 303 조(업무상위력 등에 의한 간음), 제 305 조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄

2. 형법 제 339 조(강도강간)의 죄

3. 성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호 등에 관한 법률(이하「성폭력특별법」이라 합니다)의 성폭력범죄 중

   제 5 조 특수강도강간 등, 제 6 조 특수강간 등, 제 7 조 친족관계에 의한 강간 등, 제 8 조 장애인에 대한 간음 등, 제 8 조의 2 13 세미만의 미성년자에 대한 강간, 추행 등, 제 9 조 강간 등 상해·치상, 제 10 조 강간 등 살인·치사, 제 11 조 업무상 위력 등에 의한 추행, 제 12 조 공중밀집장소에서의 추행

② 제 1 항의 「성폭력범죄피해의 발생」이라 함은 피해자 신고나 제 3 자 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.

※용 어 풀 이※ 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

③ 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)에도 불구하고 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 두사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.
3. 피보험자의 뇌질환으로 생긴 성폭력범죄
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 상해흉터성형수술비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해사고로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.) 등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 "안면부", "상지", "하지"에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다.)의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일부터 2 년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(다만, 사고발생시점 만 15 세 미만자의 경우 부득이 사고일부터 2 년 경과후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.)을 받은 경우에는 이 특별약관에 따라 아래의 금액을 상해흉터성형수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	안 면 부	상 지 · 하 지
지급금액	수술 1cm 당 14 만원	수술 1cm 당 7 만원 (단, 3cm 이상의 경우에 한함)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술 cm 는 최장 직경으로 함

② 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(안면부 등의 정의)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 "안면부", "상지", "하지"라 함은 다음을 말합니다.

1. "안면부"란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. "상지"란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. "하지"란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 말하며 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제 1 조(보험금의 지급사유)의 상해흉터성형수술비는 하나의 사고에 대하여 500 만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2 회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

제 4 조(수술의 정의와 장소)

이 특약에서 "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 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 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 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 강력범죄발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 아래에 정한 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 형법 제 24 장에서 말하는 살인죄
2. 형법 제 25 장에서 말하는 상해와 폭행의 죄
3. 형법 제 32 장에서 말하는 강간과 추행의 죄 중 강간죄
4. 형법 제 38 장에서 말하는 강도죄
5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 "폭처법" 이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

② 제 1 호의 살인, 제 2 호의 상해 및 폭행 및 제 5 호의 폭력등의 경우에는 사망하거나 1 개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상하여드립니다.

③ 제 1 항에서「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

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

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 "폭처법" 제 4 조(단체등의 구성·활동)의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
2. 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 3 조(보험금의 청구시)

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에 는 다음의 서류를 제출하여야 합니다

1. 사건신고확인원(관할 경찰서장 발행)
2. 의사진단서
3. 청구서(회사양식)
4. 사고증명서(그러나 이를 얻기 어려울 때에는 사고발생의 목격자 등 인근 주민의 확인서)
5. 그밖에 필요한 증거자료

② 회사는 필요한 경우에는 피보험자 또는 그와 세대를 같이 하는 친족 등을 대상으로 사고상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 유괴・인신매매피해발생보장 특약

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 약취와 유인의 죄(형법 제 31 장 제 287 조(미성년자의 약취, 유인), 제 288 조(추행 등 목적 약취, 유인 등), 제 289 조(인신매매)에 의해 피해자가 된 경우에 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 피보험자가 원인이 불명확한 실종 및 행방불명이 된 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 의사상자상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간중 자원봉사활동을 하는 동안 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 직무외의 행위로 타인의 생명, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다) 또는 재산의 급박한 피해를 구제하다가 신체에 상해를 입어 '의사상자예우에관한법률' 및 동법시행령의 규정에 따라 의사상자로 판정되는 경우 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(손해의 보상)

이 특별약관의 보험금액은 '의사상자예우에관한법률' 및 동법시행령의 규정에 의거 정부가 지급하는 금액으로 합니다. 단, 해당금액이 연도별로 변경되는 경우 계약시점의 정부지급기준금액으로 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 식중독입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 "특별약관"은 "특약", "이 특별약관의 보험기간"은 "보험기간"이라 합니다.) 중에 자원봉사활동을 하는 동안 식중독이 발생하여, 그 식중독의 치료를 직접적인 목적으로 4 일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4 일째 입원일부터 입원 1 일당 이 특약의 보험가입금액을 피보험자에게 식중독입원급여금으로 지급합니다. 다만, 식중독입원급여금의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 한도로 합니다.

② 제 1 항에서「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(식중독의 정의)

이 특약에서 "식중독"이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써【별표 14】"식중독 분류표"에 해당하는 질병을 말합니다.

제 3 조(입원의 정의와 장소)

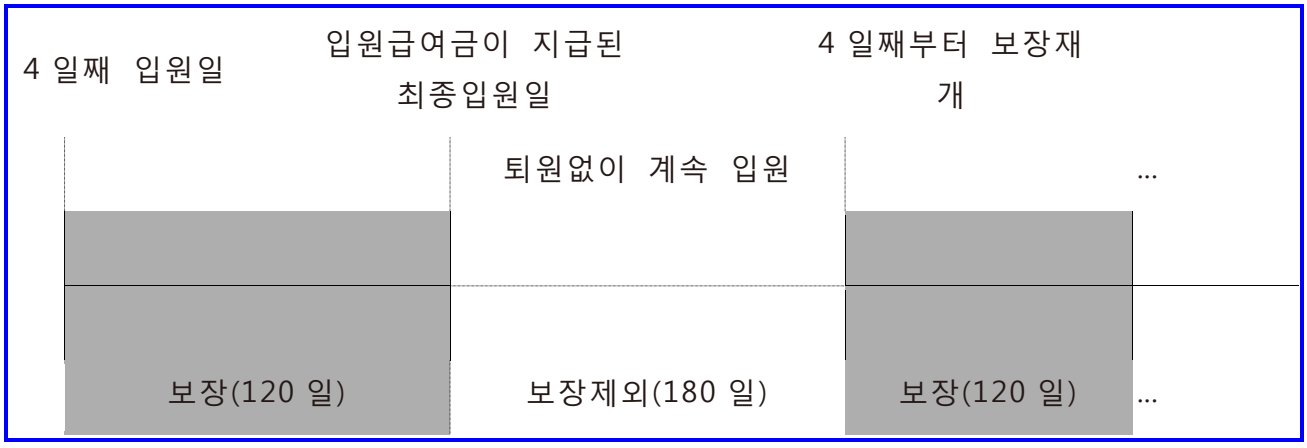
이 특약에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 식중독의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서

의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 "식중독"의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 "식중독"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "식중독"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "식중독"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "식중독"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "식중독"으로 진단된 경우에는 이는 "식중독"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 식중독의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 이를 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 식중독에 대한 입원이라도 식중독입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 식중독입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 식중독입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 이 특약에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 "식중독"으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 식중독입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 식중독입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦보통약관 제 26 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 청약일로 하여 적용합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 특정전염병발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 특정전염병에 감염되어 전염환자로 진단 받아 치료를 받은 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에 게 지급합니다.

② 제 1 항의 특정전염병이라 함은【별표 17】특정전염병분류표에서 정한 제 1 군전염병의 콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, 페스트, 제 2 군전염병의 파상풍, 디프테리아, 백일해, 급성회색질척수염, 일본뇌염, 홍역, 풍진(독일홍역), 볼거리 제 3 군전염병의 탄저병, 브루셀라증, 렙토스피라증, 성홍열, 수막구균성수막염, 기타 그람음성균에 의한 패혈증, 리지오넬라병, 발진티푸스, 발진열, 리켓치아 타이피에 의한 발진티푸스, 리켓치아 쯔쯔가무시에 의한 발진티푸스, 광견병, 콩팥(신장) 증후군을 동반한 출혈열, 말라리아를 말합니다.

③ 제 1 항에서「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

자원봉사활동중 뇌・내장수술보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자원봉사활동을 하는 동안 상해의 직접결과로써 "뇌손상" 또는 "내장손상"을 입고 사고일부터 180 일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술" 또는 "개복(開腹)수술"을 받은 경우에는 아래의 금액을 최초 1 회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
뇌내장수술 보험금	상해로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일부터 180 일 이내에 개두・개흉・개복수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

② 제 1 항의 상해라 함은 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.

③ 제 1 항에서 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중
2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

제 2 조(뇌손상 등의 정의)

① 이 특약에서 "뇌손상"이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표 35】뇌・내장손상 분류표에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

② 이 특약에서 "내장손상"이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에【별표 35】뇌・내장손상 분류표에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

③ 이 특약에서 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"로 보지 않습니다.

1. "개두(開頭)수술"이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
2. "개흉(開胸)수술"이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.

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

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 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 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 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제 4 조(특약의 소멸)

피보험자에게 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항에서 정한 뇌・내장수술보험금을 지급한 경우에는 그 보험금 지급사유의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

○ 자원 봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

①사회복지분야에 관한 봉사활동 ②환경보호분야에 관한 봉사활동

③교육분야에 관한 봉사활동 ④소비자 보호에 관한 봉사활동

⑤청소년선도에 관한 봉사활동 ⑥범죄 예방에 관한 봉사활동

⑦기초질서 계도에 관한 봉사활동 ⑧재해 구조에 관한 봉사활동

⑨공직선거 및 선거부정방지법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

⑩공직선거 및 선거부정방지법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

⑪위 ①~⑨와 관련한 해외봉사활동

⑫기타 위사항에 준하는 자원봉사활동

다만, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

마라톤대회중상해보장 특별약관(대회당)

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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 마라톤대회 참가중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 마라톤대회 참가중에 상해로 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 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.

마라톤대회중특정질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관(대회당)

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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 마라톤대회 참가중에 마라톤관련특정질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

2. 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 마라톤대회 참가중에 마라톤관련특정질병이 치유된 후 직접결과로써 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 "후유장해"라 합니다.)되어 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

② 제 1 항의 마라톤대회 참가중이라 함은 마라톤대회에 주자로 출발하여 마라톤대회를 마치고 해산하기 전까지를 말합니다.

③ 제 1 항의 마라톤관련특정질병이라 함은【별표 20】마라톤관련특정질병분류표에서 정한 급성심근경색증, 뇌출혈, 뇌경색을 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호를 적용합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호 내지 제 1 항의 고도후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 그 질병의 진단확정일(이하 "사고일"이라 합니다.)부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10 년 이상인 계약은 사고일로부터 2 년 이내로 하고, 보험기간이 10 년 미만인 계약은 사고일로부터 1 년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제 4 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일

한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제 1 호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자와 회사가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 회사가 동의하는 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

마라톤대회중상해골절수술위험보장 특별약관(대회당)

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 마라톤대회 참가중에 상해로 【별표 15】에 정한 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1 회당 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다.

② 제 1 항에서 "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 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하

는 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 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

③ 제 1 항의 마라톤대회 참가중이라 함은 마라톤대회 당일 주자로 참가해서 연습 및 마라톤대회를 마치고 해산하기 전까지를 말합니다.

④ 제 2 항의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

<신의료기술평가위원회>
의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

마라톤대회중상해보장 특별약관(연간)

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 마라톤대회 참가중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 마라톤대회 참가중에 상해로 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 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.

마라톤대회중특정질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관(연간)

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 마라톤대회 참가중에 마라톤관련특정질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)
2. 보험기간 중에 마라톤대회 참가중에 마라톤관련특정질병이 치유된 후 직접결과로써 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 "후유장해"라 합니다.)되어 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

② 제 1 항의 마라톤대회 참가중이라 함은 마라톤대회에 주자로 출발하여 마라톤대회를 마치고 해산하기 전까지를 말합니다.

③ 제 1 항의 마라톤관련특정질병이라 함은 【별표 20】 마라톤관련특정질병분류표에서 정한 급성심근경색증, 뇌출혈, 뇌경색을 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호를 적용합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호 내지 제 1 항의 고도후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 그 질병의 진단확정일(이하 "사고일"이라 합니다.)부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10 년 이상인 계약은 사고일로부터 2 년 이내로 하고, 보험기간이 10 년 미만인 계약은 사고일로부터 1 년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만,

장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제 4 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 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.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제 1 호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자와 회사가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 회사가 동의하는 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

연구활동종사자사망후유장해보장 특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서 피보험자는 「대학•연구기관 등」에 소속되거나 관리•통제를 받는 보험증권에 기재된 「연구활동종사자」를 대상으로 합니다.

단, 「산업재해보상보험법」, 「공무원연금법」, 「사립학교교원연금법」 또는 「군인연금법」의 가입대상인 자는 피보험자의 범위에서 제외합니다.

② 이 특별약관에서 계약자는 보험증권에 기재된 「대학. 연구기관 등」의 「연구주체의 장」이어야 합니다.

③ 「연구활동종사자」라 함은 「대학、연구기관 등」에서 과학기술분야 연구개발 활동에 종사하는 연구원、대학생(휴학생 제외)、대학원생(휴학생 제외) 및 연구보조원 등을 말합니다. 단, 회사와 계약자가 별도로 정한 휴학생은 포함합니다.

④ 「연구주체의 장」이라 함은 「대학、연구기관 등」의 대표자 또는 해당연구실의 소유자를 말합니다.

⑤ 위 제 1 항, 제 2 항의 「대학、연구기관 등」이라 함은 연구실 안전환경 조성에 관한 법 제 2 조에서 정한 기준에 따라 정의합니다 (이하 같습니다).

제 2 조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중에 「대학、연구기관 등」에서 「연구주체의 장」의 관리、통제하에 있는 연구활동 중 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「연구활동중 사고」라 합니다)로 발생한 상해 또는 연구활동중 사고에 의한 질병으로 사망한 경우 : 사망보험금
2. 보험기간 중에 연구활동중 사고에 의한 상해 또는 연구활동중 사고에 의한 질병으로 장해분류표(【별표26】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금

② 제1항의 「대학、연구기관 등 에서 연구활동」이란 아래의 경우를 말합니다.

1. 연구개발과정과 교과과정에서 직접 필요한 시험, 실험, 측정, 분석 등 이와 유사한 활동
2. 연구실험용 기계, 기구, 장치, 실험재료의 구입, 설치 및 건설 폐기 등 이와 유사한 활동

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.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 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

제 4 조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2 인 이상인 경우에는 각 대표자 1 인을 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 1 명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2 인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

연구활동종사자의료실비보장 특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서 피보험자는 「대학、 연구기관 등」에 소속되거나 관리、통제를 받는 보험증권에 기재된 「연구활동종사자」를 대상으로 합니다.

단, 「산업재해보상보험법」, 「공무원연금법」, 「사립학교교원연금법」 또는 「군인연금법」의 가입대상인 자는 피보험자의 범위에서 제외합니다.

② 이 특별약관에서 계약자는 보험증권에 기재된 「대학、 연구기관 등」의 「연구주체의 장」이어야 합니다.

③「연구활동종사자」라 함은「대학、연구기관 등」에서 과학기술분야 연구개발 활동에 종사하는 연구원、대학생(휴학생 제외)、대학원생(휴학생 제외) 및 연구보조원 등을 말합니다. 단, 회사와 계약자가 별도로 정한 휴학생은 포함합니다.

④「연구주체의 장」이라 함은「대학、연구기관 등」의 대표자 또는 해당연구실의 소유자를 말합니다.

⑤ 위 제 1 항, 제 2 항의「대학、연구기관 등」이라 함은 연구실 안전환경 조성에 관한 법 제 2 조에서 정한 기준에 따라 정의합니다 (이하 같습니다).

제 2 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에「대학、연구기관 등」에서「연구주체의 장」의 관리、통제하에 있는 연구활동 중 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「연구활동중 사고」라 합니다)로 발생한 상해 또는 연구활동중 사고에 의한 질병으로 인하여 병원에 입원 또는 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 하나의 사고당 이 특약의 보험가입금액을 한도로 피보험자가 실제로 부담한 의료비보험금을 지급합니다.

② 제1항의「대학、연구기관 등 에서 연구활동」이란 아래의 경우를 말합니다.
1. 연구개발과정과 교과과정에서 직접 필요한 시험, 실험, 측정, 분석 등 이와 유사한 활동
2. 연구실험용 기계, 기구, 장치, 실험재료의 구입, 설치 및 건설 폐기 등 이와 유사한 활동

③ 제 1 항의 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 입원 또는 통원치료에 대하여는 제 1 항의 의료비보험금을 이 특약의 가입금액을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 1 항을 적용합니다.

⑤ 제 1 항에도 불구하고 피보험자가「국민건강보험법」또는「의료급여법」을 적용받지 않은 경우에는 실제로 부담한 의료비 총액의 50% 해당액을 보험가입금액의 한도 내에서 지급합니다.

⑥ 제 1 항 및 제 5 항에도 불구하고 아래의 각호에 해당하는 비용은 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 한약재 등의 보신용 투약비용
2. 병실료차액(상급병실과 기준병실과의 차액). 다만, 전신 화상자, 세균감염을 예방하기 위하여 격리가 필요한 환자, 심한 정신질환자 등 의사의 소견에 따라 부득이 상급병실(입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병실을 말한다.)에 입원하였을 때(병실 사정이나 환자 및 보호자의 요청에 의한 경우는 제외)에는 그 병실의 입원료를 지급합니다.
3. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양

제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용, 간병비

4. 자동차보험(공제를 포함합니다)이나 산재보험에서 보상하는 의료비. 단, 본인이 실제로 부담한 의료비는 1항에 따라 보상합니다.

⑦ 제 1 항 또는 제 5 항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 제 1 항 또는 5 항의 비용을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 의료비보험금을 지급합니다.

※용 어 풀 이※ 다수계약 - 실손의료보험계약(우체국보험, 각종공제, 상해·질병·간병보험 등 제 3 보험, 생명보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험, 공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2 개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 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
6. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원 및 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 의료비
7. 과거에 진단 또는 치료를 받은 질병

제 4 조(대표자의 지정)

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

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

③ 계약자가 2 인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※ ◉ 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.

연구활동종사자입원일당보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서 피보험자는 「대학·연구기관 등」에 소속되거나 관리·통제를 받는 보험증권에 기재된 「연구활동종사자」를 대상으로 합니다.
단, 「산업재해보상보험법」, 「공무원연금법」, 「사립학교교원연금법」 또는 「군인연금법」의 가입대상인 자는 피보험자의 범위에서 제외합니다.

② 이 특별약관에서 계약자는 보험증권에 기재된 「대학. 연구기관 등」의 「연구주체의 장」이어야 합니다.

③ 「연구활동종사자」라 함은 「대학、연구기관 등」에서 과학기술분야 연구개발 활동에 종사하는 연구원、대학생(휴학생 제외)、대학원생(휴학생 제외) 및 연구보조원 등을 말합니다. 단, 회사와 계약자가 별도로 정한 휴학생은 포함합니다.

④ 「연구주체의 장」이라 함은 「대학、연구기관 등」의 대표자 또는 해당연구실의 소유자를 말합니다.

⑤ 위 제 1항, 제 2항의 「대학、연구기관 등」이라 함은 연구실 안전환경 조성에 관한 법 제2조에서 정한 기준에 따라 정의합니다 (이하 같습니다).

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「대학、연구기관 등」에서 연구주체의 장」의 관리、통제하에 있는 연구활동 중 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「연구활동중 사고」라 합니다)로 발생한 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)의 상해 또는 연구활동중 사고에 의한 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.)

에 4일 이상 입원하여 치료를 받은 때에는 입원일로부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

② 제1항의「대학、연구기관 등 에서 연구활동」이란 아래의 경우를 말합니다.

1. 연구개발과정과 교과과정에서 직접 필요한 시험, 실험, 측정, 분석 등 이와 유사한 활동
2. 연구실험용 기계, 기구, 장치, 실험재료의 구입, 설치 및 건설 폐기 등 이와 유사한 활동

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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 30일을 한도로 제2조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 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
6. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상합니다.)
7. 과거에 진단 또는 치료를 받은 질병
8. 피보험자의 선천성 뇌질환
9. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 제1항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 상해 또는 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개

수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 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 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※
◉ 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.

연구활동종사자장의비보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서 피보험자는 「대학·연구기관 등」에 소속되거나 관리·통제를 받는 보험증권에 기재된 「연구활동종사자」를 대상으로 합니다.
단, 「산업재해보상보험법」, 「공무원연금법」, 「사립학교교원연금법」 또는 「군인연금법」의 가입대상인 자는 피보험자의 범위에서 제외합니다.
② 이 특별약관에서 계약자는 보험증권에 기재된 「대학. 연구기관 등」의 「연구주체의 장」이어야 합니다.
③ 「연구활동종사자」라 함은 「대학、연구기관 등」에서 과학기술분야 연구개발 활동에 종사하

는 연구원、대학생(휴학생 제외)、대학원생(휴학생 제외) 및 연구보조원 등을 말합니다. 단, 회사와 계약자가 별도로 정한 휴학생은 포함합니다.

④ 「연구주체의 장」이라 함은 「대학、연구기관 등」의 대표자 또는 해당연구실의 소유자를 말합니다.

⑤ 위 제 1항, 제 2항의 「대학、연구기관 등」이라 함은 연구실 안전환경 조성에 관한 법 제2조에서 정한 기준에 따라 정의합니다 (이하 같습니다).

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「대학、연구기관 등」에서 「연구주체의 장」의 관리、통제하에 있는 연구활동 중 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「연구활동중 사고」라 합니다)로 발생한 상해 또는 연구활동중 사고에 의한 질병으로 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 장의비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 「대학、연구기관 등 에서 연구활동」이란 아래의 경우를 말합니다.

1. 연구개발과정과 교과과정에서 직접 필요한 시험, 실험, 측정, 분석 등 이와 유사한 활동
2. 연구실험용 기계, 기구, 장치, 실험재료의 구입, 설치 및 건설 폐기 등 이와 유사한 활동

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.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 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

제4조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 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 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

폭력피해발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에서 정한 범죄에 의하여 사망 하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우에는 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 형법 제 25 장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
2. 형법 제 38 장에서 정하는 강도죄
3. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 "폭처법" 이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

② 제 1 호, 제 3 호에 정한 범죄의 경우에는 피보험자가 해당 범죄에 의하여 사망하거나 1 개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해에 한합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 "폭처법" 제 4 조(단체등의 구성·활동)의 범죄단체 를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
2. 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

학생폭력상해보장 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 피보험자가 타인의 물리적 강제력에 의해 신체에 입은 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 피보험자가 타인의 물리적 강제력에 의해 신체 상해로 장해분류표(【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금 (장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제 1 항의 상해에는 타인의 물리적 강제력에 의해 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수, 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

제 2 조(피보험자【보험대상자】의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 초·중등교육법이 정하는 각 급 학교와 유아교육법, 영유아보육법에 의해 설립된 유치원, 유아원에 재학하는 증권에 기재된 학생(원생)으로 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

학생폭력상해입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 타인의 물리적 강제력에 의해 신체에 상해에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에 입원일로부터 180 일을 한도로 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 그러나 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 180 일을 한도로 제 1 항의 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2 회이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

④ 제 1 항의 상해에는 타인의 물리적 강제력에 의해 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수, 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

제 2 조(피보험자【보험대상자】의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 초·중등교육법이 정하는 각 급 학교와 유아교육법, 영유아보육법에 의해 설립된 유치원, 유아원에 재학하는 증권에 기재된 학생(원생)으로 합니다.

제 3 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정전염병발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 특정전염병에 감염되어 전염 환자로 진단 받아 치료를 받은 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 특정전염병이라 함은【별표 17】특정전염병분류표에서 정한 제 1 군전염병의 콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, 페스트, 제 2 군전염병의 파상풍, 디프테리아, 백일해, 급성회색질척수염, 일본뇌염, 홍역, 풍진(독일홍역), 볼거리 제 3 군전염병의 탄저병, 브루셀라증, 렙토스피라증, 성홍열, 수막구균성수막염, 기타 그람음성균에 의한 패혈증, 리지오넬라병, 발진티푸스, 발진열, 리켓치아 타이피에 의한 발진티푸스, 리켓치아 쯔쯔가무시에 의한 발진티푸스, 광견병, 콩팥(신장) 증후군을 동반한 출혈열, 말라리아를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

식중독입원위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 음식물의 섭취로 인하여 중독 (이하 "식중독" 이라 합니다)이 발생하고 그 직접적인 결과로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 을 포함합니다)에서 ( )일 이상 입원하여 치료를 받은 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 식중독이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요증세로 하는 급성질환으로써 【별표 14】에 해당하는 질병으로 분류되는 경우를 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

식중독입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 "특별약관"은 "특약", "이 특별약관의 보험기간"은 "보험기간"이라 합니다.) 중에 식중독이 발생하여, 그 식중독의 치료를 직접적인 목적으로 4 일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4 일째 입원일부터 입원 1 일당 이 특약의 보험가입금액을 피보험자에게 식중독입원급여금으로 지급합니다. 다만, 식중독입원급여금의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 한도로 합니다.

제 2 조(식중독의 정의)

이 특약에서 "식중독"이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써 【별표 14】 "식중독 분류표"에 해당하는 질병을 말합니다.

제 3 조(입원의 정의와 장소)

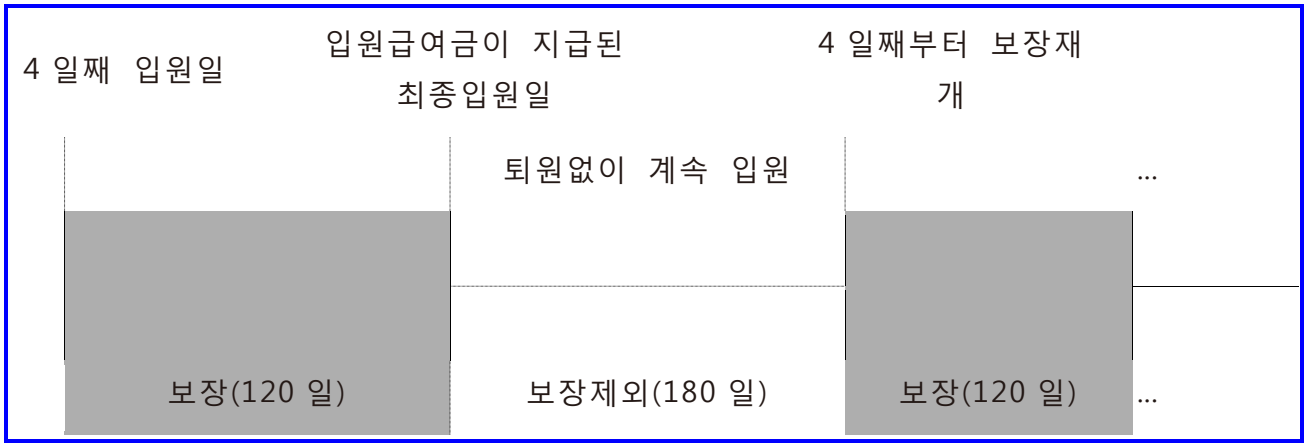
이 특약에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 식중독의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 "식중독"의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 "식중독"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "식중독"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "식중독"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "식중독"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "식중독"으로 진단된 경우에는 이는 "식중독"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 동일한 식중독의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 이를 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 식중독에 대한 입원이라도 식중독입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 아래와 같이 식중독입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 식중독입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 이 특약에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 "식중독"으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의

치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 식중독입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 식중독입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제 26 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 청약일로 하여 적용합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절수술위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 【별표 15】에 정한 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에 수술 1 회당 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다.

② 제 1 항에서 "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 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 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 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회> 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 골절분류표(【별표 15】 참조)에 정한 골절로 진단확정시에 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 단, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1 회에 한하여 지급합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단(치아파절제외)보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 골절분류표(【별표 15】참조)에 정한 골절("치아파절" 제외)로 진단확정시에 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 단, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1 회에 한하여 지급합니다.

제 2 조(치아파절의 정의)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 치아파절이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 치아의 파절 및 파절치(분류코드 S02.5)에 해당하는 상병을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상수술위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고 (이하 "사고"라 합니다)로 인하여 【별표 16】에 정한 화상으로 진단확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에 수술 1 회당 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 수술을 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다.

② 제 1 항에서 "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 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 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 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회> 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 "사고"라 합니다)로 인하여 화상으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 2 가지 이상의 화상상태인 경우에도 1 회에 한하여 지급합니다.

② 제 1 항에서 "화상"이라 함은 【별표 16】의 화상분류표에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2 도 이상의 화상을 말합니다

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

익사사고사망보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 익사사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일부터 1 년 이내에 사망하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 익사사고사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 익사사고란 피보험자가 수영중 또는 다이빙중에 사망하는 사고와 기타 태풍, 홍수, 선박침몰, 실족사고 등으로 강, 하천, 바다에 빠져 사망하는 사고를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

강력범죄발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에 정한 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 형법 제 24 장에서 말하는 살인죄
2. 형법 제 25 장에서 말하는 상해와 폭행의 죄
3. 형법 제 32 장에서 말하는 강간과 추행의 죄 중 강간죄
4. 형법 제 38 장에서 말하는 강도죄
5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 "폭처법" 이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

② 제 1 호의 살인, 제 2 호의 상해 및 폭행 및 제 5 호의 폭력등의 경우에는 사망하거나 1 개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상하여드립니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 "폭처법" 제 4 조(단체등의 구성·활동)의 범죄단체 를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
2. 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 3 조(보험금의 청구시)

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에 는 다음의 서류를 제출하여야 합니다

1. 사건신고확인원(관할 경찰서장 발행)
2. 의사진단서
3. 청구서(회사양식)
4. 사고증명서(그러나 이를 얻기 어려울 때에는 사고발생의 목격자 등 인근 주민의 확인서)
5. 그밖에 필요한 증거자료

② 회사는 필요한 경우에는 피보험자 또는 그와 세대를 같이 하는 친족 등을 대상으로 사고상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해흉터성형수술비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간중에 상해사고로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.) 등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 "안면부", "상지", "하지"에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다.)의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일부터 2 년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(다만, 사고발생시점 만 15 세 미만자의 경우 부득이 사고일부터 2 년 경과후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.)을 받은 경우에는 이 특별약관에 따라 아래의 금액을 상해흉터성형수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	안 면 부	상 지 · 하 지
지급금액	수술 1cm 당 14 만원	수술 1cm 당 7 만원 (단, 3cm 이상의 경우에 한함)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술 cm 는 최장 직경으로 함

제 2 조(안면부 등의 정의)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 "안면부", "상지", "하지"라 함은 다음을 말합니다.

1. "안면부"란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. "상지"란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. "하지"란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 말하며 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제 1 조(보험금의 지급사유)의 상해흉터성형수술비는 하나의 사고에 대하여 500 만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2 회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

제 4 조(수술의 정의와 장소)

이 특약에서 "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 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 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 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아

체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회> 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차사고성형수술위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간중에 자동차사고의 직접적인 결과로 인하여 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 위해 사고일로부터 1 년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 미용을 위해 성형수술을 받은 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

② 피보험자가 같은 사고로 제 1 항에서 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하 「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9 종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유로 생긴 사고는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우

2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자가 도로교통법 제 43 조, 제 44 조에 정한 음주.무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

탈구,신경손상,압착손상진단비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표 33】탈구,신경손상,압착손상 분류표에 정한 탈구, 신경손상, 압착손상으로 진단확정되었을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 탈구,신경손상,압착손상진단비로 지급합니다.

② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

③ 동일한 사고를 직접적인 원인으로 하여 복합적인 탈구,신경손상,압착손상 진단시에는 탈구,신경손상,압착손상진단비를 1 회에 한하여 지급합니다.

④ 제 1 항에서 탈구,신경손상,압착손상의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

외상성절단진단비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표 34】외상성절단 분류표에 정한 외상성절단으로 진단확정되었을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 외상성절단진단비로 지급합니다.

② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

③ 동일한 사고를 직접적인 원인으로 하여 복합적인 외상성절단 진단시에는 외상성절단진단비를 1 회에 한하여 지급합니다.

④ 제 1 항에서 외상성절단의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

⑤ 피보험자가 치아파절 및 치아발치 등의 치아손상을 입은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌・내장수술보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 "뇌손상" 또는 "내장손상"을 입고 사고일부터 180 일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술" 또는 "개복(開腹)수술"을 받은 경우에는 아래의 금액을 최초 1 회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
뇌내장수술 보험금	상해로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일부터 180 일 이내에 개두・개흉・개복수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

② 제 1 항의 상해라 함은 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.

제 2 조(뇌손상 등의 정의)

① 이 특약에서 "뇌손상"이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표 35】뇌・내장손상 분류표에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

② 이 특약에서 "내장손상"이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에【별표 35】뇌・내장손상 분류표에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

③ 이 특약에서 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"로 보지 않습니다.

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

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 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 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 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 4 조(특약의 소멸)

피보험자에게 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항에서 정한 뇌・내장수술보험금을 지급한 경우에는 그 보험금 지급사유의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

성폭력범죄상해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간중에 피보험자가 다음 각호에서 정하는 성폭력범죄로 피해가 발생(이하「성폭력범죄피해의 발생」이라 합니다)하여 1 개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입었을 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 형법 제 32 장 강간과 추행의 죄 중

   제 297 조(강간)

   제 298 조(강제추행)

   제 299 조(준강간, 준강제추행)

   제 300 조(미수범)

   제 301 조(강간 등 상해·치상)

   제 301 조의 2(강간 등 살인·치사)

   제 302 조(미성년자등에 대한 간음)

   제 303 조(업무상위력 등에 의한 간음)

   제 305 조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄

2. 형법 제 339 조(강도강간)의 죄

3. 성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호 등에 관한 법률(이하「성폭력특별법」이라 합니다)의 성폭력범죄 중

   제 5 조 특수강도강간 등

   제 6 조 특수강간 등

   제 7 조 친족관계에 의한 강간 등

   제 8 조 장애인에 대한 간음 등

제 8 조의 2 13 세미만의 미성년자에 대한 강간, 추행 등

제 9 조 강간 등 상해·치상

제 10 조 강간 등 살인·치사

제 11 조 업무상 위력 등에 의한 추행

제 12 조 공중밀집장소에서의 추행

② 제 1 항의 「성폭력범죄피해의 발생」이라 함은 피해자 신고나 제 3 자 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.

※용 어 풀 이※

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 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)에도 불구하고 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 두사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.
3. 피보험자의 뇌질환으로 생긴 성폭력범죄
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

성폭력범죄발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간중에 피보험자에게 다음 각 호에서 정하는 성폭력범죄로 피해가 발생(이하 「성폭력범죄피해의 발생」이라 합니다)하였을 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 형법 제 32 장 강간과 추행의 죄 중

   제 297 조(강간)

   제 298 조(강제추행)

   제 299 조(준강간, 준강제추행)

   제 300 조(미수범)

   제 301 조(강간 등 상해·치상)

   제 301 조의 2(강간 등 살인·치사)

   제 302 조(미성년자등에 대한 간음)

   제 303 조(업무상위력 등에 의한 간음)

   제 305 조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄

2. 형법 제 339 조(강도강간)의 죄

3. 성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호 등에 관한 법률(이하 「성폭력특별법」이라 합니다)의 성폭력범죄 중

   제 5 조 특수강도강간 등

   제 6 조 특수강간 등

   제 7 조 친족관계에 의한 강간 등

   제 8 조 장애인에 대한 간음 등

   제 8 조의 2 13 세미만의 미성년자에 대한 강간, 추행 등

   제 9 조 강간 등 상해·치상

   제 10 조 강간 등 살인·치사

   제 11 조 업무상 위력 등에 의한 추행

   제 12 조 공중밀집장소에서의 추행

② 제 1 항의 「성폭력범죄피해의 발생」이라 함은 피해자 신고나 제 3 자 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.

※용 어 풀 이※

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 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)에도 불구하고 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 두사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.
3. 피보험자의 뇌질환으로 생긴 성폭력범죄
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

헌혈후유증보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 이 보험증권(보험가입증서)에 소속된 단체의 소속원으로서 대한적십자사 산하 혈액원에서 주관하는 헌혈에 참여하여 그 후유증으로 인해 대한적십자사의「헌혈후유증 판정위원회」에서 헌혈후유증 환자로 판정, 치료를 받은 경우에는 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

헌혈후 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.

자동차사고상해( )주이상진단위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차사고로 신체에 상해를 입어 그 상해로 인하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 의료기관에서 ( )주 이상의 최초진단(추가진단은 해당되지 않습니다.)을 받고 실제 치료중이거나 치료가 종료된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 1 회에 한하여 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 자동차사고라 함은 아래의 각 호에 정한 경우를 말합니다.

1. 피보험자가 운행중의 자동차에 탑승하지 아니한 때, 운행중의 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 사고로 입은 상해
2. 피보험자가 운전을 하고 있지 않은 상태로 운행중의 자동차에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해
3. 피보험자가 직접 운전하던 중에 일어난 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해(운전이라함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.)

③ 제 1 항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 <u>건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하「9 종건설기계」라 합니다)</u>를 말합니다. 다만, <u>9 종</u> 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차(이륜차제외)사고상해( )주이상진단위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차사고로 신체에 상해를 입어 그 상해로 인하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 의료기관에서 ( )주 이상의 최초진단(추가진단은 해당되지 않습니다.)을 받고 실제 치료중이거나 치료가 종료된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 1 회에 한하여 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 자동차사고라 함은 아래의 각 호에 정한 경우를 말합니다.

1. 피보험자가 운행중의 자동차에 탑승하지 아니한 때, 운행중의 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 사고로 입은 상해
2. 피보험자가 운전을 하고 있지 않은 상태로 운행중의 자동차에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해
3. 피보험자가 직접 운전하던 중에 일어난 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해(운전이라함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.)

③ 제 1 항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하 「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9 종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다

1. 하역작업
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병사망및 80%고도후유장해보장 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 질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권에 기재된 이 특약의 보험가입금액)
2. 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금 (보험증권에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호를 적용합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호 내지 제 1 항의 고도후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 그 질병의 진단확정일(이하 "사고일"이라 합니다.)부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10 년 이상인 계약은 사고일로부터 2 년 이내로 하고, 보험기간이 10 년 미만인 계약은 사고일로부터 1 년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제 4 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 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.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제 1 호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자와 회사가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 회사가 동의하는 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병사망보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 80%고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금 (보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호를 적용합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 내지 제 1 항의 고도후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 그 질병의 진단확정일(이하 "사고일"이라 합니다.)부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10 년 이상인 계약은 사고일로부터 2 년 이내로 하고, 보험기간이 10 년 미만인 계약은 사고일로부터 1 년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제 4 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 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.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제 1 호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자와 회사가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 회사가 동의하는 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료

법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

사립학교교직원질병사망및 80%고도후유장해보장 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 질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)
2. 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금 (보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호를 적용합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호 내지 제 1 항의 고도후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 그 질병의 진단확정일(이하 "사고일"이라 합니다.)부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10 년 이상인 계약은 사고일로부터 2 년 이내로 하고, 보험기간이 10 년 미만인 계약은 사고일로부터 1 년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제 4 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 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.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제 1 호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자와 회사가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 회사가 동의하는 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(피보험자의 범위)

제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항에서 피보험자란 사립학교 교직원으로서 사립학교법에 의하여 임명된 교원과 사무직원을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

사립학교교직원질병사망보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우 보험수익자에게 사망보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)을 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(피보험자의 범위)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 피보험자란 사립학교 교직원으로서 사립학교법에 의하여 임명된 교원과 사무직원을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

사립학교교직원질병 80%고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 보험수익자에게 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)을 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제 1 조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 내지 제 1 항의 고도후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 그 질병의 진단확정일(이하 "사고일"이라 합니다.)부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10 년 이상인 계약은 사고일로부터 2 년 이내로 하고, 보험기간이 10 년 미만인 계약은 사고일로부터 1 년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제 4 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 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.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

2. 제 1 호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자와 회사가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 회사가 동의하는 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(피보험자의 범위)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 피보험자란 사립학교 교직원으로서 사립학교법에 의하여 임명된 교원과 사무직원을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

과로사관련특정질병사망및 80%고도후유장해보장 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 과로사관련특정질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)
2. 보험기간 중에 진단확정된 과로사관련 특정질병으로 인하여 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

② 제 1 항의 과로사관련특정질병이라 함은 【별표 2】 과로사관련특정질병 분류표에서 정한 아래의 질병을 말합니다.

1. 바이러스 간염
2. 고혈압성 심장병
3. 고혈압성 심장 및 신장 질환

4. 급성심근경색증

5. 협심증

6. 지주막하 출혈

7. 뇌내출혈

8. 기타 비외상성 두개내 출혈

9. 뇌경색증

10. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착

11. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착

12. 고혈압성 뇌병증

13. 간의 질환

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호를 적용합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호 내지 제 1 항의 고도후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 그 질병의 진단확정일(이하 "사고일"이라 합니다.)부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10 년 이상인 계약은 사고일로부터 2 년 이내로 하고, 보험기간이 10 년 미만인 계약은 사고일로부터 1 년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제 4 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 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.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제 1 호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자와 회사가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 회사가 동의하는 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

근로자과로사보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 과중한 업무부담의 지속으로 인하여 업무를 하던 중(이하 "업무중"이라 합니다)【별표 19】(과로사관련 질병 분류표)에서 정하는 뇌혈관질환 내지 심질환의 급격한

발현 또는 악화로 돌연히 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

② 제 1 항의 말하는 "과중한 업무부담의 지속"이란 다음 각호의 하나 이상의 상태가 사망일 직전에 지속된 것을 말합니다.

1. 직전 3 일 이상 연속적으로 일상업무보다 30%이상 업무량과 시간이 증가
2. 월 50 시간이상의 잔업
3. 직전 1 개월 내의 소정 휴일의 반 이상의 출근 근무
4. 직전 1 개월 내의 10 일 이상의 지방출장 (격지에의 단신부임을 포함합니다)
5. 직전 1 주일 이내의 근무환경의 급격한 변화로 인정되는 전환배치
6. 직전 24 시간 이내의 일반인이 적응하기 어렵다고 여겨지는 근로의 수행

③ 제 1 항의 "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 제 1 항에서 정한 뇌혈관질환 내지 심질환에 의한 병변의 발증 내지 악화로 의식불명상태가 되고 그것을 직접원인으로 하여 그날로부터 4 주 이내 사망(뇌사상태를 포함합니다)한 것을 말합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 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 3 조(보험금의 청구)

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제 7 조(보험금의 청구)의 구비서류를 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 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암사망및 80%고도후유장해보장 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 "암"(제자리암(상피내암)은 제외합니다. 이하 같습니다)으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)
2. 보험기간 중에 진단확정된 "암"(제자리암(상피내암)은 제외합니다. 이하 같습니다)으로 인하여 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호를 적용합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호 내지 제 1 항의 고도후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 그 질병의 진단확정일(이하 "사고일"이라 합니다.)부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10 년 이상인 계약은 사고일로부터 2 년 이내로 하고, 보험기간이 10 년 미만인 계약은 사고일로부터 1 년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제 4 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 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.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제 1 호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자와 회사가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 회사가 동의하는 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인 분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 3】 "악성신생물(암) 분류표"참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

※ 유의사항 ※

한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성

신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암치료비보장 특별약관(I)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 "기타피부암 및 갑상선암 이외의 암", "갑상선암", "기타피부암", "제자리암(상피내암) ", "경계성종양" (이하 "암 등의 질병"이라 합니다.)으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 아래에 정한 금액을 각각 1 회에 한하여 암치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	암치료비보험금
기타피부암 및 갑상선암 이외의 암	이 특별약관 가입금액의 100%
갑상선암	이 특별약관 가입금액의 ( )%
기타피부암	이 특별약관 가입금액의 ( )%
제자리암(상피내암)	이 특별약관 가입금액의 ( )%
경계성 종양	이 특별약관 가입금액의 ( )%

② 이 특별약관에서 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 피보험자 나이에 관계없이 계약일로 하며 "기타피부암/갑상선암 이외의 암"에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자의 나이가 15 세 미만인 경우는 계약일
2. 피보험자의 나이가 15 세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날

다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 청약서상 '계약전 일릴의무(중요한 사항에 한합니다.)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2 조(암 등의 질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 3】 "악성신생물(암)분류표" 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

※ 유의사항 ※

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

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제 1 항에서 정한 "암" 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, "갑상선암"이라 함은 제 1 항에서 정한 "암" 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 또한 제 1 항에서 정한 "암"에서 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 암을 "기타피부암 및 갑상선암 이외의 암"이라 합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "제자리암(상피내암)"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리(상피내)의 암으로 분류되는 질병(【별표 4】 "제자리 신생물분류표" 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표 5】 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표" 참조)을 말합니다.

⑤ 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양(이하 "암등의 질병"이라 총칭합니다)의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암등의 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 3 조(계약의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 계약일로부터 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암에 대한 보장개시일 이전에 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암으로 진단 확정되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 특약약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암치료비보장 특별약관(II)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 "갑상선암", "기타피부암", "제자리암(상피내암)", "경계성종양" (이하 "암 등의 질병"이라 합니다.)으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 아래에 정한 금액을 각각 1 회에 한하여 암치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	암치료비보험금
갑상선암	이 특별약관 가입금액의 ( )%
기타피부암	이 특별약관 가입금액의 ( )%
제자리암(상피내암)	이 특별약관 가입금액의 ( )%
경계성 종양	이 특별약관 가입금액의 ( )%

② 청약서상 '계약전 일릴의무(중요한 사항에 한합니다.)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관에서 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 계약일로 한다.

제 2 조(암 등의 질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제 1 항에서 정한 "암" 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, "갑상선암"이라 함은 제 1 항에서 정한 "암" 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병(【별표 3】 "악성신생물(암)분류표" 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "제자리암(상피내암)"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리(상피내)의 암으로 분류되는 질병(【별표 4】 "제자리 신생물분류표" 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표 5】 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표" 참조)을 말합니다.

④ 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양(이하 "암등의 질병"이라 총칭합니다)의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암등의 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

※ 유의사항 ※

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

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암수술급여금보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 또는 경계성종양(이하 "암등의 질병"이라 총칭합니다)으로 진단이 확정되고 치료를 직접적인 목적으로 제 2 조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 수술 1 회당 아래에 정한 금액을 암수술급여금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	암치료비보험금
기타피부암 및 갑상선암 이외의 암	이 특별약관가입금액의 100%
갑상선암	이 특별약관가입금액의 ( )%
기타피부암	이 특별약관가입금액의 ( )%

제자리암(상피내암)	이 특별약관가입금액의 ( )%
경계성 종양	이 특별약관가입금액의 ( )%

② 이 특별약관에서 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 피보험자 나이에 관계없이 계약일로 하며 "기타피부암/갑상선암 이외의 암"에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자의 나이가 15 세 미만인 경우는 계약일
2. 피보험자의 나이가 15 세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날

다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 암등의 질병의 수술을 받을 경우에는 1 회의 수술로 봅니다.

제 2 조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서"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 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 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 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 3 조(암 등의 질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 3】 "악성신생물(암)분류표" 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

※ 유의사항 ※

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

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제 1 항에서 정한 "암" 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, "갑상선암"이라 함은 제 1 항에서 정한 "암" 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 또한 제 1 항에서 정한 "암"에서 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 암을 "기타피부암/갑상선암 이외의 암"이라 합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "제자리암(상피내암)"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리(상피내)의 암으로 분류되는 질병(【별표 4】 "제자리 신생물분류표" 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표 5】 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표" 참조)을 말합니다.

⑤ 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양(이하 "암등의 질병"이라 총칭합니다)의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암등의 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4 조(계약의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 계약일로부터 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암에 대한 보장개시일 이전에 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암으로 진단확정되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 특약약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 또는 경계성종양(이하 "암 등의 질병"이라 합니다)으로 진단확정되고 그 암 등의 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에 4 일 이상 계속입원하여 의사의 치료를 받은 경우에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니 다.

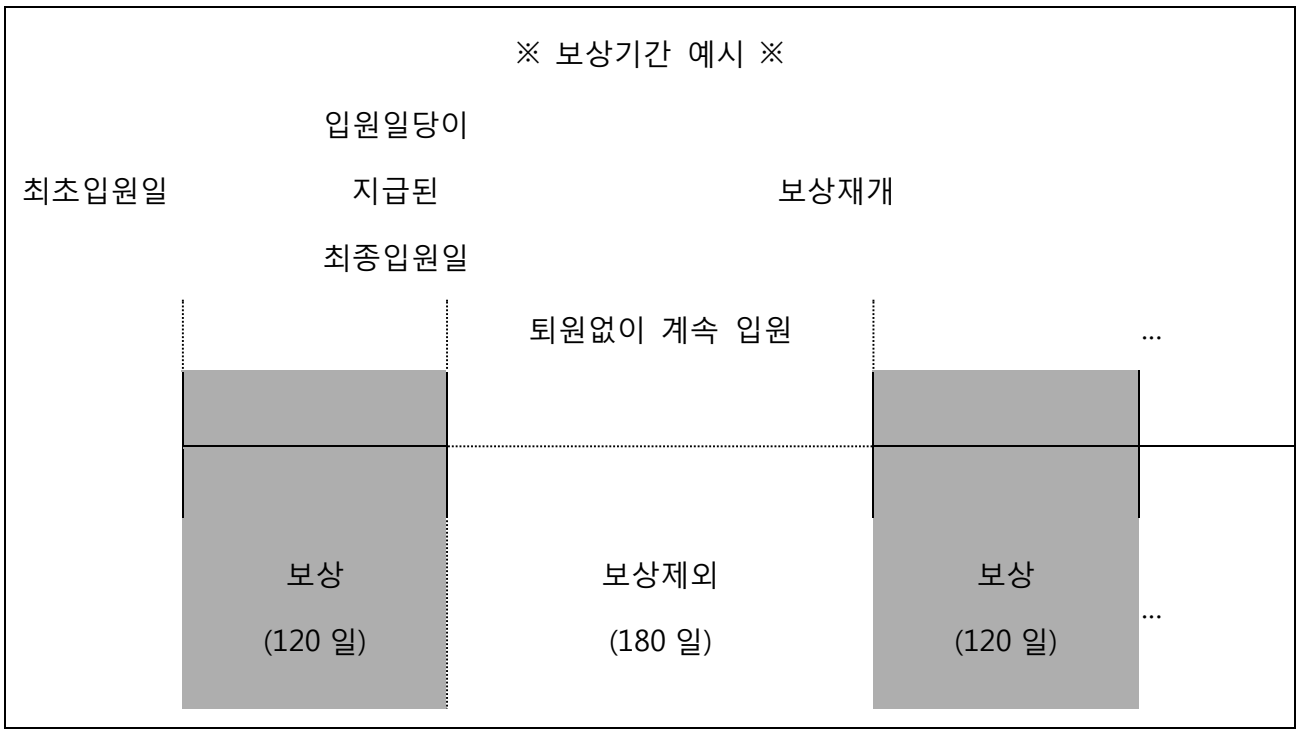
② 이 특별약관에서 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 피보험자 나이에 관계없이 계약일로 하며 "기타피부암/갑상선암 이외의 암"에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자의 나이가 15 세 미만인 경우는 계약일
2. 피보험자의 나이가 15 세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날

다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제 1 항에서 "암 등의 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원"이란 의사에 의해 암 등의 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 암 등의 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암 등의 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암 등의 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 암 등의 질병으로 진단된 경우에는 이는 암 등의 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

④ 제 1 항에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 암 등의 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 암 등의 질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일이 지나고 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2 조(암 등의 질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 3】 "악성신생물(암)분류표" 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

※ 유의사항 ※

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

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제 1 항에서 정한 "암" 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, "갑상선암"이라 함은 제 1 항에서 정한 "암" 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 또한 제 1 항에서 정한 "암"에서 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 암을 "기타피부암/갑상선암 이외의 암"이라 합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "제자리암(상피내암)"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리(상피내)의 암으로 분류되는 질병(【별표 4】 "제자리 신생물분류표" 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표 5】 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표" 참조)을 말합니다.

⑤ 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양(이하 "암등의 질병"이라 총칭합니다)의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암등의 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 3 조(암입원일당)

① 회사는 제 1 조(보험금의 지급사유)에 따라 암 등의 질병으로 4 일 이상 계속 입원시 각각의 질병에 대하여 3 일 초과 입원일수 1 일당 아래에 정한 금액을 암입원일당으로 피보험자에게 지급합니다. 단, 암입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고 한도로 합니다.

구 분	암입원일당보험금
기타피부암 및 갑상선암 이외의 암	이 특별약관가입금액의 100%
갑상선암	이 특별약관가입금액의 ( )%
기타피부암	이 특별약관가입금액의 ( )%
제자리암(상피내암)	이 특별약관가입금액의 ( )%
경계성 종양	이 특별약관가입금액의 ( )%

② 피보험자가 동일한 암 등의 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험 기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제 1 항의 규정에 따라 암입원급여금은 계속 보장하여 드립니다.

③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 4 조(계약의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 계약일로부터 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암에 대한 보장개시일 이전에 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암으로 진단

확정되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정암사망및 80%고도후유장해보장 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 특정암으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)
2. 보험기간 중에 진단확정된 특정암으로 인하여 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호를 적용합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호 내지 제 1 항의 고도후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 그 질병의 진단확정일(이하 "사고일"이라 합니다.)부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10 년 이상인 계약은 사고일로부터 2 년 이내로 하고, 보험기간이 10 년 미만인 계약은 사고일로부터 1 년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제 4 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 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.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제 1 호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자와 회사가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 회사가 동의하는 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(특정암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "특정암"이라 함은 아래와 같습니다.

1. 남자 특정암(3 대암) : 위의 악성신생물(암), 간 및 간내 담관의 악성신생물(암), 담낭의 악성 신생물, 기타 및 상세불명 보장부위의 악성신생물(암), 기관의 악성신생물(암), 기관지 및 폐의 악성신생물(암)

2. 여성 특정암 : 유방의 악성신생물(암), 여성생식기관의 악성신생물(암), 자궁경부의 악성신생물(암), 자궁체부의 악성신생물(암), 상세불명 자궁부위의 악성신생물(암), 난소의 악성신생물(암), 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성신생물(암), 태반의 악성신생물(암)

(【별표 7】 특정암(남자 3 대암/여자특정암) 분류표 참조)

※ 유의사항 ※

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

② 특정암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 특정암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정암치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 제 2 항에서 정한 특정암에 대한 보장개시일 이후에 특정암으로 진단확정된 경우 이 특별약관에 따라 이 특별약관 보험가입금액 전액을 최초 1 회에 한하여 특정암치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 이 특별약관에서 "특정암"에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자의 나이가 15 세 미만인 경우는 계약일
2. 피보험자의 나이가 15 세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날

다만, 이 규정은 보험 기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 아니 합니다.

③ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2 조(특정암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "특정암"이라 함은 아래와 같습니다.

1. 남자 특정암(3 대암) : 위의 악성신생물(암), 간 및 간내 담관의 악성신생물(암), 담낭의 악성 신생물, 기타 및 상세불명 보장부위의 악성신생물(암), 기관의 악성신생물(암), 기관지 및 폐의 악성신생물(암)
2. 여성 특정암 : 유방의 악성신생물(암), 여성생식기관의 악성신생물(암), 자궁경부의 악성신생물(암), 자궁체부의 악성신생물(암), 상세불명 자궁부위의 악성신생물(암), 난소의 악성신생물(암), 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성신생물(암), 태반의 악성신생물(암)

(【별표 7】 특정암(남자 3 대암/여자특정암) 분류표 참조)

※ 유의사항 ※

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

② 특정암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직 (fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 특정암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 3 조(보험나이의 계산)

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

② 제 1 항에 따라 계산된 보험나이가 계산착오로 피보험자의 실제나이와 차이가 있는 경우에 실제 나이가 이 보험의 가입나이 범위내일 경우에는 실제 나이에 의하여 계약된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988 년 10 월 2 일, 현재(계약일) : 2009 년 4 월 13 일 ⇒ 2009 년 4 월 13 일 - 1988 년 10 월 2 일 = 20 년 6 월 11 일 = 21 세

제 4 조(계약의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 계약일로부터 특정암에 대한 보장개시일 이전에 특정암으로 진단 확정되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

여성 3 대암치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 제 2 항에서 정한 여상 3 대암에 대한 보장개시일 이후에 여성 3 대암으로 진단확정된 경우 이 특별약관에 따라 이 특별약관보험가입금액 전액을 1 회에 한하여 여성 3 대암 치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 이 특별약관에서 "여성 3 대암"에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자의 나이가 15 세 미만인 경우는 계약일
2. 피보험자의 나이가 15 세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날.

다만, 이 규정은 보험 기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 아니 합니다.

③ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2 조(여성 3 대암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "여성 3 대암"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 "여성 3 대암"으로 분류되는 아래의 질병(【별표 7-1】 여성 3 대암분류표 참조)을 말합니다.

여성 3 대암: 위의 악성신생물(암), 유방의 악성신생물(암), 자궁목의 악성신생물(암), 자궁체의 악성신생물(암),상세불명 자궁부위의 악성신생물(암), 난소의 악성신생물(암), 태반의 악성신생물(암)

② 여성 3 대암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직 (fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 여성 3 대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

※ 유의사항 ※

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

제 3 조(계약의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 계약일로부터 여성 3 대암에 대한 보장개시일 이전에 여성 3 대암으로 진단 확정되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

고액치료비암진단비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보통약관 피보험자가 보험기간중 보장개시일 이후에 고액치료비암으로 진단확정된 경우 에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 1 회에 한하여 고액치료비암진단비 로 피보험자에게 지급합니다.

② 이 특별약관에서 "고액치료비암"에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자의 나이가 15 세 미만인 경우는 계약일

2. 피보험자의 나이가 15 세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날.

다만, 이 규정은 보험 기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 아니 합니다.

③ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2 조(고액치료비암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 고액치료비암이라 함은【별표 18】고액치료비암 분류표에서 정한 아래의 질병을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

1. 식도의 악성신생물(암)
2. 췌장(이자)의 악성신생물(암)
3. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)
4. 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물(암)
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)

② 고액치료비암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemicsystem)에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

※ 유의사항 ※

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

제 3 조(계약의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 계약일로부터 고액치료비암에 대한 보장개시일 이전에 고액치료비암으로 진단 확정되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

소아 3 대암치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보통약관 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 소아 3 대암으로 진단확정된 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 1 회에 한하여 소아 3 대암 치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 이 특별약관에서 "소아 3 대암"에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자의 나이가 15 세 미만인 경우는 계약일
2. 피보험자의 나이가 15 세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날.

다만, 이 규정은 보험 기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 아니 합니다.

③ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2 조(소아 3 대암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "소아 3 대암"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 백혈병, 뇌암, 임파선암으로 분류되는 질병【별표 13】을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

※ 유의사항 ※

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

② 소아 3 대암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 소아 3 대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 3 조(계약의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 계약일로부터 소아 3 대암에 대한 보장개시일 이전에 소아 3 대암으로 진단 확정되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

전자파암사망및 80%고도후유장해보장 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 "전자파암" 으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)
2. 보험기간 중에 진단확정된 "전자파암"으로 인하여 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호를 적용합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호 내지 제 1 항의 고도후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 그 질병의 진단확정일(이하 "사고일"이라 합니다.)부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로

인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10 년 이상인 계약은 사고일로부터 2 년 이내로 하고, 보험기간이 10 년 미만인 계약은 사고일로부터 1 년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제 4 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 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.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

2. 제 1 호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자와 회사가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 회사가 동의하는 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(전자파암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "전자파암"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 중 눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물(암) 또는 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)【별표 11】을 말합니다.

② 전자파암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 전자파암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

※ 유의사항 ※

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

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

전자파암치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 전자파암으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관 보험가입금액 전액을 1 회에 한하여 전자파암치료비 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 이 특별약관에서 "전자파암"에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자의 나이가 15 세 미만인 경우는 계약일

2. 피보험자의 나이가 15 세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일(( )일은 90 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날.

③ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2 조(전자파암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "전자파암"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 중 눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물(암) 또는 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)【별표 11】을 말합니다.

② 전자파암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 전자파암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

※ 유의사항 ※

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

제 3 조(계약의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 계약일로부터 전자파암에 대한 보장개시일 이전에 전자파암으로 진단 확정되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

누적외상성질환(VDT 증후군)입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

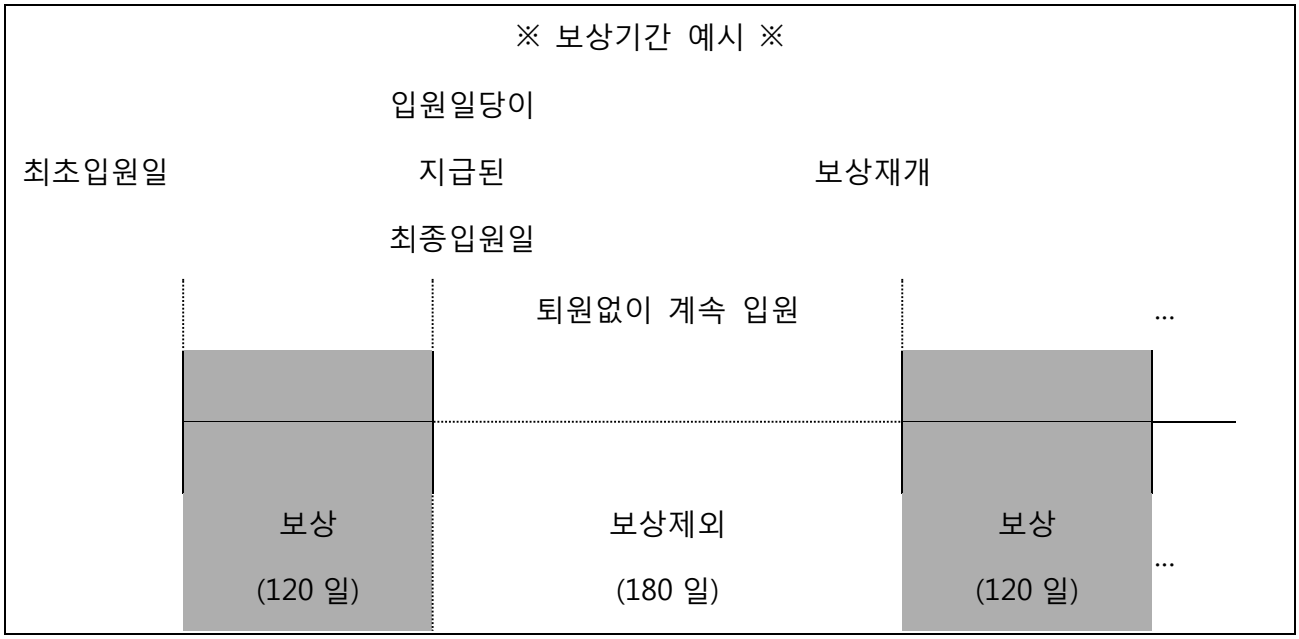
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 【별표 10】에서 정한 누적외상성질환으로 인하여 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에 입원 하여 의사의 치료를 받은 경우에는 입원일로부터 입원 1 일당 이 특별약관 보험가입금액 전액을 입원일당으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 한도로 합니다

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 누적외상성질환(VDT 증후군)입원일당을 120 일 한도로 보상하여 드립니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유)의 입원이라 함은 누적외상성질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원을 말하며 누적 외상성질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사 의 소견에 따라 누적외상성질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 누적외상성질환으로 진단된 경우에는 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 원인의 누적외상성질환의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 원인의 누적외상성질환에 의한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일이 지나고 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 입원비는 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원비 의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑥ 청약서상 '계약전 일릴의무(중요한 사항에 한합니다.)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 규정하지 아니하는 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

- 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.

뇌혈관질환치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보통약관 피보험자가 보험기간중에 뇌혈관질환으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관 보험가입금액 전액을 최초 1 회에 한하여 뇌혈관질환 치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 청약서상 '계약전 일릴의무(중요한 사항에 한합니다.)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2 조(질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "뇌혈관질환" 이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병【별표 25】을 말합니다.

② 제 1 항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보통약관 피보험자가 보험기간중에 급성심근경색증으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관 보험가입금액 전액을 최초 1 회에 한하여 급성심근경색증 치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 청약서상 '계약전 일릴의무(중요한 사항에 한합니다.)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2 조(질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병 【별표 25】을 말합니다.

② 제 1 항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상

기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보통약관 피보험자가 보험기간중에 뇌졸중으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관 보험가입금액 전액을 최초 1 회에 한하여 뇌졸중 치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 청약서상 '계약전 일릴의무(중요한 사항에 한합니다.)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2 조(질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 제 5 차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌졸중으로 분류되는 질병【별표 12】을 말합니다.

② 제 1 항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌출혈치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중에 뇌출혈로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관 보험가입금액 전액을 최초 1 회에 한하여 뇌출혈 치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 청약서상 '계약전 일릴의무(중요한 사항에 한합니다.)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2 조(질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "뇌출혈" 이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌출혈로 분류되는 질병【별표 22】을 말합니다.

② 제 1 항의 뇌출혈의 진단확정은 의료법제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

허혈성심장질환치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중에 허혈성심장질환으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관 보험가입금액 전액을 최초 1 회에 한하여 허혈성심장질환 치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 청약서상 '계약전 일릴의무(중요한 사항에 한합니다.)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2 조(질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "허혈성심장질환" 이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심장질환으로 분류되는 질병【별표 24】을 말합니다.

② 제 1 항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

치매입원위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된"중증치매"의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원 (한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 ( )일 이상 입원하였을 경우에는 이 특별약관 보험가입금액 전액을 1 회에 한하여 치매입원비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 치매입원비를보상하여 드립니다.

③ 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 치매입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 치매입원비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 3 조(중증치매상태의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어「중증치매」라 함은 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여【별표 21(치매분류표)】에서 정한 치매로 확정되고, 이로 인하여「인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

② 제 1 항에서 정한 「인지기능의 장애」라 함은 다음 중 제 1 호에서 정한 한국형 간이인지기능검사(MMSE-K, 1989 년)의 결과가 19 점 이하이고, 동시에 다음 중 제 2 호에서 정한 CDR 척도(Clinical dementia rating scale, 2001 년)의 검사결과가 3 점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90 일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

③「중증치매」의 발생시의 진단은 피보험자를 진료하고 있는 해당분야 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 합니다.

④「중증치매」의 진단확정은「의료법」제 3 조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3 대장애발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중의 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 인하여 시각장애, 청각장애, 언어장애 중 하나 이상의 장애(이하 "3 대 장애"라 합니다)가 발생하고 장애인 복지법 시행령 제 2 조에 정한 장애인 (시각장애인, 청각장애인, 언어장애인을 말합니다.【별표 24】참조)이 된 경우 이 특별약관 가입금액을 최초 1 회에 한하여 보험금으로 피보험자에게

지급합니다. 다만, 피보험자가 3 대 장애중 동시에 두 종류 이상의 장애가 발생하여 장애인이 된 경우에도 하나의 장애로 인한 보험금만 지급합니다.

※ 용어의 정의 ※ ・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. ・질병 : 보험기간 중에 진단확정된 질병을 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 선천적 장애

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

척추옆굽음증진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중에 콥스 각도(Cobb's Angle) 20 도 이상의 척추옆굽음증(이하 '척추옆굽음증'이라 합니다)으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관 보험가입금액 전액을 1 회에 한하여 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제 2 조(질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "척추옆굽음증" 이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 척추옆굽음증로 분류되는 질병【별표 27】말합니다.

② 제 1 항의 척추옆굽음증의 진단확정은 의료법제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 기립위 척추 전장 전후방 단순 방사선 사진 검사를 기초로 하여야 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

백혈병진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 백혈병으로 진단이 확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 1 회에 한하여 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 "백혈병"에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 청약서상 '계약전 일릴의무(중요한 사항에 한합니다.)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2 조(질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "백혈병" 이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 백혈병으로 분류되는 "림프 백혈병", "골수성 백혈병","단핵구성 백혈병", "명시된 세포형의 기타 백혈

병", "상세불명 세포형의 백혈병" (【별표 28 "백혈병 분류표"참조)을 말합니다. 다만, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 백혈병의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 백혈병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

수술비용보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 【별표 8】에서 정하는 수술을 받았을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 수술비로 피보험자에게 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(수술의 정의)

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 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 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 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바

늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회> 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유방절제수술비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 원인으로【별표 36】유방절제수술 분류표에서 정한 "유방절제수술(Total Mastectomy)을 받은 경우 최초 1 회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유방절제수술비를 지급하여 드립니다. 단, 부분절제술(Subtotal Mastectomy), 국소절제수술(Lumpectomy), 유방의 절제를 동반하지 않은 유두의 절제, 미용을 위한 절제술, 유방의 조직검사(Biopsy)는 제외합니다.

② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 다만, 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함하지 않습니다.

③ 제 1 항의 유방절제수술(Total Mastectomy)이라 함은 편측단순유방절제술, 양측단순유방절제술, 편측확대유방절제술 , 양측확대유방절제술, 편측근치적유방절제술, 양측근치적유방절제술, 편측확대근치적유방절제술, 양측확대근치적유방절제술을 말합니다.

④ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

깁스치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 깁스(Cast)치료를 받은 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 지급하여 드립니다.

② 위 제 1 항에서 깁스(Cast)치료라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.

③ 위 제 2 항에서 부목(Splint Cast)치료라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 동일한 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 깁스(Cast)치료를 2 회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1 회에 한하여 보장하여 드립니다.

② 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

요양비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에 181 일 이상 입원한 경우에는 보험가입금액을 요양비로 피보험자에게 지급합니다.

※ 용어의 정의 ※

· 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 경

우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다.

· 질병: 보험기간 중에 진단확정된 질병을 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 항의 요양비를 보상하여 드립니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 입원일수는 하나의 상해 또는 질병을 치료하기 위해서 입원한 기간을 말하며, 퇴원 후 1 년이 지난 후 재입원하는 경우에는 새로운 상해 또는 질병을 치료하기 위한 입원으로 봅니다.

③ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 선천성 뇌질환
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

치아보철치료비보장 특별약관(II)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제 4 항 및 제 5 항에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병(상해와 관련이 없는 치통, 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 등을 말하며, 이하 "질병"이라 합니다.)으로 인하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 대한민국내의 치과 병・의원에서 영구치에 대해 임플란트, 가철성의치(틀니), 고정성가공의치(브릿지) 및 크라운 치료(이하 "치아보철치료"라 합니다) 중 보험증권에 기재된 치료를 받았을 때에는 보험수익자에게 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 약정한 보험증권에 기재된 치료에 해당하는 치아보철치료비보험금을 지급합니다.

② 보통약관 제 24 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제 1 항의 질병으로 인한 치아보철치료에 대한 보장개시일은 보험기간 첫날로부터 그 날을 포함하여 ( )일【( )일은 180 일을 넘지 않습니다】이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 아래에 정한 금액을 치아보철치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	치아보철치료비보험금	지급한도
가철성의치(틀니)	보철물당 100 만원	연간 1 회
임플란트	영구치 1 개당 30 만원	한도 없음
고정성가공의치(브릿지)	영구치 1 개당 30 만원	한도 없음
크라운	영구치 1 개당 30 만원	한도 없음

단, 보장개시일로부터 최초로 도래하는 계약해당일 전일 이전에 질병으로 인해 치아보철치료를 받았을 경우 치아보철치료의 시기에 상관없이 위에서 정한 해당 치아보철치료비 보험금의 ( )%를 지급합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 하는 경우 치아보철치료비보험금 지급사유 발생시 전액 지급합니다.

② 제 1 항의 "연간"이라 함은 계약일을 시작으로 매 1 년 단위의 기간을 의미하며 보험기간 3 년을 기준으로 "연간"은 아래와 같이 구분합니다.

< 보험기간 3 년 기준 연간구분 예시 >

연간(1 차)	연간(2 차)	연간(3 차)

↑ 계약일 (2014.1.1) ↑ 계약해당일 (2015.1.1) ↑ 계약해당일 (2016.1.1) ↑ 만료일 (2016.12.31)

□ 계약해당일이란 매년 도래하는 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다

③ 제 1 항에도 불구하고 보장개시일 이후 제 1 항에 해당하는 치아보철치료가 필요하다는 진단을 받고, 보험기간이 만료되었을 때에도 만료일로부터 1 년(보험기간 만료일은 제외합니다) 이내의 치아보철치료에 대해서는 만료일 직전에 해당하는 연간지급한도 내에서 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>

연간(1차)	연간(2차)	연간(3차)	계속적인 치료에 대하여 추가보장 (1년)

↑ 계약일 (2014.1.1) ↑ 계약해당일 (2015.1.1) ↑ 계약해당일 (2016.1.1) ↑ 만료일 (2016.12.31) ↑ 보상종료 (2017.12.31)

④ 피보험자가 동일한 상해나 질병으로 복합형태의 치아보철치료를 받은 경우 해당 치아보철치료 중 가장 높은 한가지의 해당 치아보철치료비보험금만을 지급합니다.

⑤ 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병(치아우식증, 치주질환)으로 인하여 과거(청약서상당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병(치아우식증, 치주질환)과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 이 특별약관의 보장개시일(책임개시일) 이후에 질병(치아우식증, 치주질환 등)으로 새로이 진단확정된 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑥ 제 6 항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5 년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5 년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5 년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

⑦ 제 7 항의 '청약일 이후 5 년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제 25 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 보통약관 제 26 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제 7 항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항, 제 2 항 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 치아보철치료비는 보상하여드리지 않습니다.

1. 부정치열을 교정하기 위해 영구치를 발거하는 경우
2. 매복치 및 매몰치(Embedded and impacted teeth)또는 제 3 대구치(사랑니)에 대한 보철치료
3. 영구치 발거의 직접적인 원인이 상해나 질병이 아닌 보철치료를 위한 준비로서 영구치를 발거하는경우
4. 기타 상해나 질병이 아닌 다른 원인으로 영구치를 발거하는 경우

제 4 조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 보통약관 제 7 조(보험금의 청구) 및 아래의 치아보철치료 관련 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 치아보철치료 진단서
   가. 영구치 발거의 위치(또는 치아번호) 및 일자
   나. 영구치 발거전 치아상태
   다. 직접적인 영구치 발거 원인
   라. 치아보철치료의 종류 및 치료종료일
2. 치과진료 기록 사본
3. 치아보철치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료

제 5 조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

치아보철(임플란트,브릿지,틀니)치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병(상해와 관련이 없는 치통, 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 등을 말하며, 이하 "질병"이라 합니다.)으로 인하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 대한민국내의 치과 병·의원에서 영구치에 대해 임플란트, 가철성의치(틀니), 고정성가공의치(브릿지)(이하 "치아보철치료"라 합니다) 중 보험증권에 기재된 치료를 받았을 때에는 보험수익자에게 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 약정한 보험증권에 기재된 치료에 해당하는 치아보철치료비보험금을 지급합니다.

② 보통약관 제 24 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제 1 항의 질병으로 인한 치아보철치료에 대한 보장개시일은 보험기간 첫날로부터 그 날을 포함하여 ( )일【( )일은 180 일을 넘지 않습니다】이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.

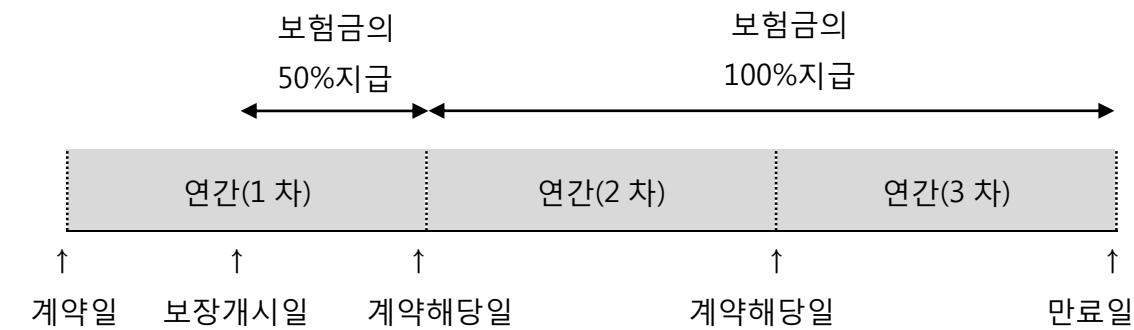
제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 아래에 정한 금액을 치아보철치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	치아보철치료비보험금	지급한도
가철성의치(틀니)	보철물당 ( )만원	연간 1 회
임플란트	영구치발거 1 개당 ( )만원	연간 3 개
고정성가공의치(브릿지)	영구치발거 1 개당 ( )만원	연간 3 개

단, 보장개시일로부터 최초로 도래하는 계약해당일 전일 이전에 질병으로 인해 영구치를 발거할 경우 치아보철치료의 시기에 상관없이 위에서 정한 해당 치아보철치료비 보험금의 ( )%를 지급합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 하는 경우 치아보철치료비보험금 지급사유 발생시 전액 지급합니다.

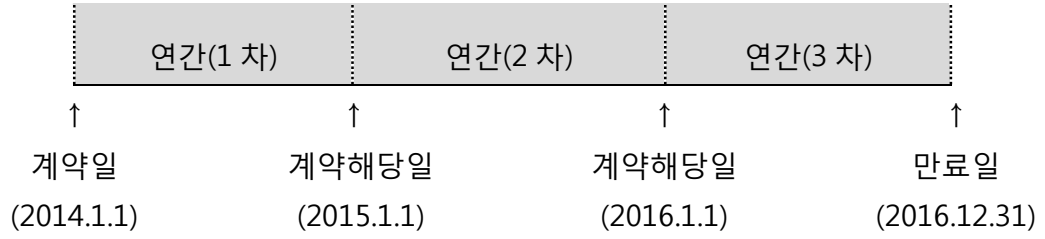
< 질병으로 인한 치과보철치료비 보험금 지급 예시>



□ 계약해당일이란 매년 도래하는 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

② 제 1 항의 "연간"이라 함은 계약일을 시작으로 매 1 년 단위의 기간을 의미하며 보험기간 3 년을 기준으로 "연간"은 아래와 같이 구분합니다.

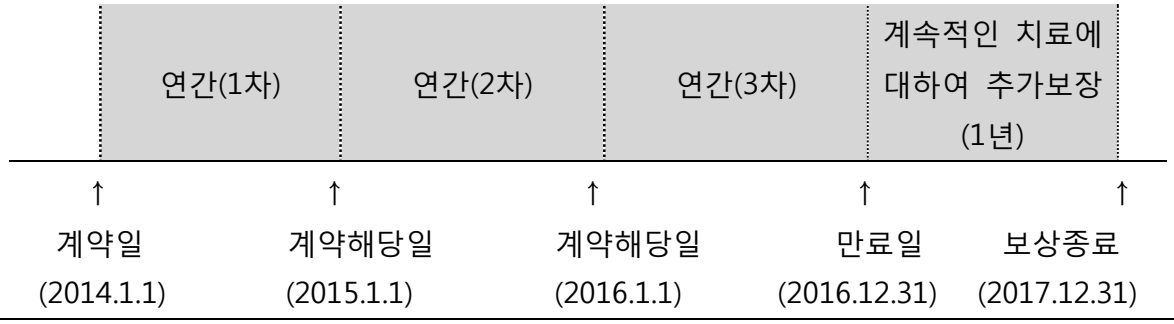
< 보험기간 3 년 기준 연간구분 예시 >



□ 계약해당일이란 매년 도래하는 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다

③ 제 1 항에도 불구하고 보장개시일 이후 제 1 항에 해당하는 치아보철치료가 필요하다는 진단을 받고, 보험기간이 만료되었을 때에도 만료일로부터 1 년(보험기간 만료일은 제외합니다) 이내의 치아보철치료에 대해서는 만료일 직전에 해당하는 연간지급한도 내에서 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



④ 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제 4 항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5 년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5 년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5 년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제 5 항의 '청약일 이후 5 년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제 25 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 보통약관 제 26 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제 5 항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑧ 피보험자가 동일한 상해나 질병으로 복합형태의 치아보철치료를 받은 경우 해당 치아보철치료 중 가장 높은 한가지의 해당 치아보철치료비보험금만을 지급합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항, 제 2 항 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 치아보철치료비는 보상하여드리지 않습니다.

1. 치아보철물에 대한 수리, 복구, 대체 및 치료를 하는 경우
2. 부정치열을 교정하기 위해 영구치를 발거하는 경우
3. 매복치 및 매몰치(Embedded and impacted teeth)또는 제 3 대구치(사랑니)에 대한 보철치료
4. 영구치 발거의 직접적인 원인이 상해나 질병이 아닌 보철치료를 위한 준비로서 영구치를 발거하는경우
5. 기타 상해나 질병이 아닌 다른 원인으로 영구치를 발거하는 경우

제 4 조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 보통약관 제 7 조(보험금의 청구) 및 아래의 치아보철치료 관련 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 치아보철치료 진단서
   가. 영구치 발거의 위치(또는 치아번호) 및 일자
   나. 영구치 발거 전 치아상태
   다. 직접적인 영구치 발거 원인
   라. 치아보철치료의 종류 및 치료종료일
2. 치과진료 기록 사본
3. 치아보철치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료

제 5 조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

치아보철(크라운)치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병(상해와 관련이 없는 치통, 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 등을 말하며, 이하 "질병"이라 합니다.)으로 인하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 대한민국내의 치과 병·의원에서 치아에 대해 크라운 치료를 받았을 때에는 보험수익자에게 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 약정한 크라운치료비보험금을 지급합니다.

② 보통약관 제 24 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제 1 항의 질병으로 인한 크라운치료에 대한 보장개시일은 보험기간 첫날로부터 그 날을 포함하여 ( )일(( )일은 180 일을 넘지 않습니다)이 지난 날의 다음날로 하며, 피보험자의 보험나이가 3 세 미만일 경우에는 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.

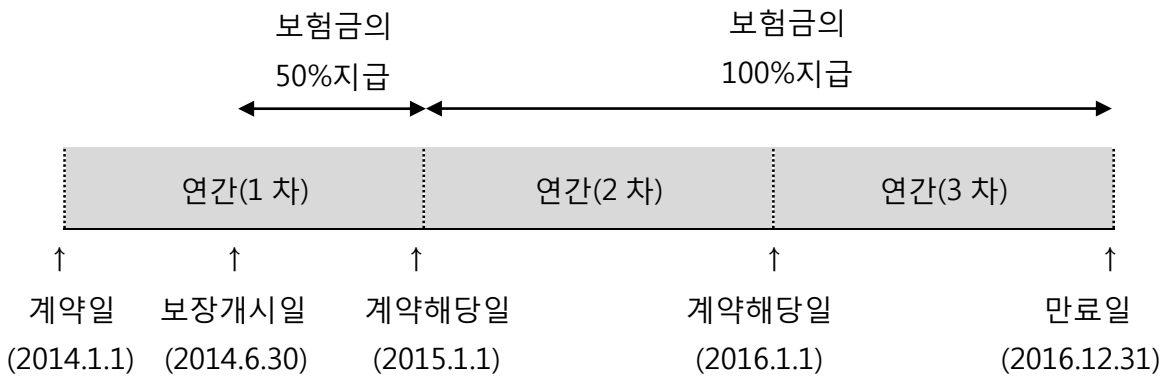
제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 아래에 정한 금액을 크라운치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	크라운치료비보험금	지급한도
크라운	크라운치료 1 개당 ( )만원	연간 3 개

단, 보장개시일로부터 최초로 도래하는 계약해당일 전일 이전에 질병으로 인해 크라운치료를 받았을 경우 크라운치료의 시기에 상관없이 위에서 정한 크라운치료비 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 하는 경우 크라운치료비보험금 지급사유 발생시 전액 지급합니다.

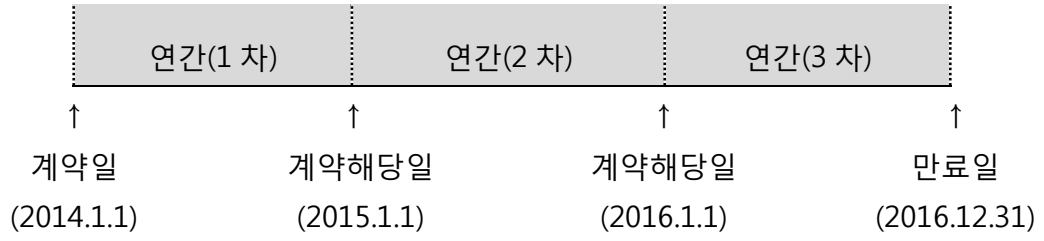
< 질병으로 인한 크라운치료비보험금 지급 예시>



□ 계약해당일이란 매년 도래하는 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다

② 제 1 항의 "연간"이라 함은 계약일을 시작으로 매 1 년 단위의 기간을 의미하며 보험기간 3 년을 기준으로 "연간"은 아래와 같이 구분합니다.

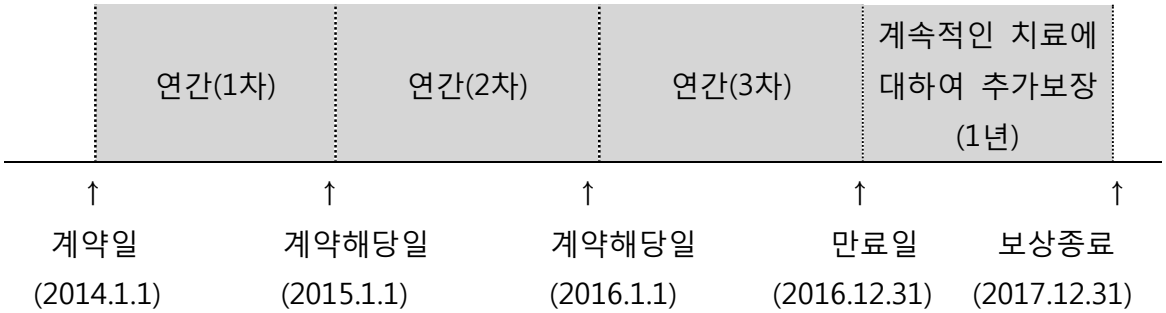
< 보험기간 3 년 기준 연간구분 예시 >



□ 계약해당일이란 매년 도래하는 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

③ 제 1 항에도 불구하고 보장개시일 이후 제 1 항에 해당하는 크라운치료가 필요하다는 진단을 받고, 보험기간이 만료되었을 때에도 만료일로부터 1 년(보험기간 만료일은 제외합니다)이내의 크라운치료에 대해서는 만료일 직전에 해당하는 연간지급한도 내에서 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



④ 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제 4 항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5 년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5 년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5 년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제 5 항의 '청약일 이후 5 년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제 25 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 보통약관 제 26 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제 5 항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항, 제 2 항 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 크라운치료비는 보상하여드리지 않습니다.

1. 크라운에 대한 수리, 복구, 대체 및 치료를 하는 경우
2. 매복치 및 매몰치(Embedded and impacted teeth)또는 제 3 대구치(사랑니)에 대한 크라운치료
3. 기타 상해나 질병이 아닌 다른 원인으로 크라운치료를 하는 경우

제 4 조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 보통약관 제 7 조(보험금의 청구) 및 아래의 크라운치료관련 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 크라운치료 진단서
   가. 크라운치료의 위치(또는 치아번호) 및 일자
   나. 크라운치료 전 치아상태
   다. 직접적인 크라운치료 원인
   라. 크라운치료의 종류 및 치료종료일
2. 치과진료 기록 사본
3. 크라운치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료

제 5 조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어정의 ※

① "치아우식증(충치)"이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증(충치)), K04(치수 및 치근단 주위조직의 질환)에 해당하며 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식증(충치)은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.

② "치주질환(잇몸질환)"이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염(잇몸염) 및 치주질환 (잇몸질환))에 해당하며 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환(잇몸질환)은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만국한됐을 때는 치은염이라 하고 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다

③ "영구치"란 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제 3 대 구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.

④ "영구치 발거"란 치과의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.

⑤ "치아보철치료"라 함은 크라운(주조금형, crown), 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(Bridge), 임플란트(Implant)의 네 가지 치료를 말합니다.

가."크라운"이란 주조금형 또는 치관장착 이라고도 하며 신경치료한 치아를 보호하기 위하여 치아 전면을 금(gold)이나 세라믹(ceramic) 등으로 모자를 씌우듯는 감싸주는 치료를 말합니다.

나."가철성의치(Denture)"란 일반적으로 틀니라고 말하며 영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때 인공적으로 대치하는 보철물을 장착하는 시술로서 국소의치와 총의치를 포함합니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며 금관, 지대치 혹은 다른 고정성 가공의치(Bridge) 및 점막에서지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러가지 재료를 사용하여 제작하는의치를 말하며 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위 조직을 대신하는 인공 보철물입니다.

다."고정성가공의치(Bridge)"란 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여보철물을 제작하는 방법으로 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되어지는 보철물을 말합니다.

라."임플란트(Implant)"란 점막 또는 골막층 하방 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 이물 성형재료를 매식한 후 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는치료를 말합니다.

치아치료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 피보험자가 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병(상해와 관련이 없는 치통, 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 등을 말하며, 이하 "질병"이라 합니다)의 직접결과로써 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 대한민국내의 치과 병・의원(이하 "치과" 라 합니다)에서 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 1 항에서 정한 보존치료(충전치료)를 받았을 때 : 보존치료보험금
2. 피보험자가 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병의 직접결과로써 치과에서 치아를 발치하였을 때 : 발치치료보험금
3. 피보험자가 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병의 직접결과로써 치과에서 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 1 항에서 정한 치주질환치료(잇몸질환치료)를 받았을 때 : 치주질환치료보험금

② 제 24 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제 1 항의 질병으로 인한 보존치료, 발치치료, 치주질환치료에 대한 보장개시일은 보험기간 첫날로부터 그 날을 포함하여 ( )일(( )일은 180 일을 넘지 않습니다)이 지난 날의 다음날로 하며, 피보험자의 보험나이가 3 세 미만일 경우에는 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 제 1 조(보험금의 지급사유)에 해당하는 치료종류에 따라 아래에 정한 금액을 피보험자에게 지급합니다.

치료종류	치료항목	보험금	지급한도
보존치료 (충전치료)	아말감 충전	충전 치아 1 개당 5 만원 (아말감 충전은 치아 1 개당 1 만원)	연간 치아 5 개 한도
	인레이/온레이 컴퍼짓 레진 수복		
	글래스아이오노머 수복		
발치치료	치아발치	발치 치아 1 개당 1 만원	연간 치아 5 개 한도
치주질환치료	치주소파술	1/3 악당 2 만원	연간 20 만원 한도
	치은신부착술		
	치은성형술		
	치은절제술		

	치은박리소파술		
	치근면처치술		
	치조골결손부 골이식술		
	조직유도재생술		
	조직유도재생막 제거술		
	치은측방변위판막술		
	치관변위판막술		
	치은이식술		
	치근절제술		
	치관확장술		
	치관분리술		
	상기 치주질환치료와 관련된 치료 전후 처치		
	치석제거(스케일링)	1 만원	연간 1 회 한도

② 제 1 항의 "연간"이라 함은 계약일을 시작으로 매 1 년 단위의 기간을 의미하며 보험기간 3 년을 기준으로 "연간"은 아래와 같이 구분합니다.

< 보험기간 3 년 기준 연간구분 예시 >

연간(1 차)	연간(2 차)	연간(3 차)

↑ 계약일 (2014.1.1) ↑ 계약해당일 (2015.1.1) ↑ 계약해당일 (2016.1.1) ↑ 만료일 (2016.12.31)

□ 계약해당일이란 매년 도래하는 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다

③ 제 1 항에도 불구하고 보장개시일 이후 제 1 항에 해당하는 치료가 필요하다는 진단을 받고, 보험기간이 만료되었을 때에도 만료일로부터 180 일(보험기간 만료일은 제외합니다)이내의 치료에 대해서는 만료일 직전에 해당하는 연간지급한도 내에서 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>

연간(1차)	연간(2차)	연간(3차)	계속적인 치료에 대하여 추가보장 (180일)

↑ 계약일 ↑ 계약해당일 ↑ 계약해당일 ↑ 만료일 ↑ 보상종료

(2014.1.1)	(2015.1.1)	(2016.1.1)	(2016.12.31)	(2017.6.29)

④ 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 3 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제 4 항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5 년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5 년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5 년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제 5 항의 '청약일 이후 5 년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제 25 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 이 약관 제 26 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제 5 항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 상해나 질병이 아닌 심미적인 이유나 기타 다른 원인으로 인한 치과치료
2. 보존치료의 충전재에 대한 수리, 복구, 대체를 하는 경우
3. 매복치 및 매몰치(Embedded and impacted teeth)에 대해 발치하는 경우
4. 부정치열을 교정하기 위해 치아를 발치하는 경우
5. 발치의 직접적인 원인이 상해나 질병이 아닌 보철치료를 위한 준비로서 치아를 발치하는 경우의 해당 치아
6. 제 3 대구치(사랑니)를 발치하는 경우

제 4 조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 보통약관 제 7 조(보험금의 청구) 및 아래의 보존, 발치, 치주질환치료와 관련한 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 치과진료기록사본
2. 치과치료진단서(치과진료기록사본으로 보험금 지급여부 판단이 불가능한 경우)

제 5 조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어풀이 ※

1. 제 1 항의 보존치료(충전치료)항목

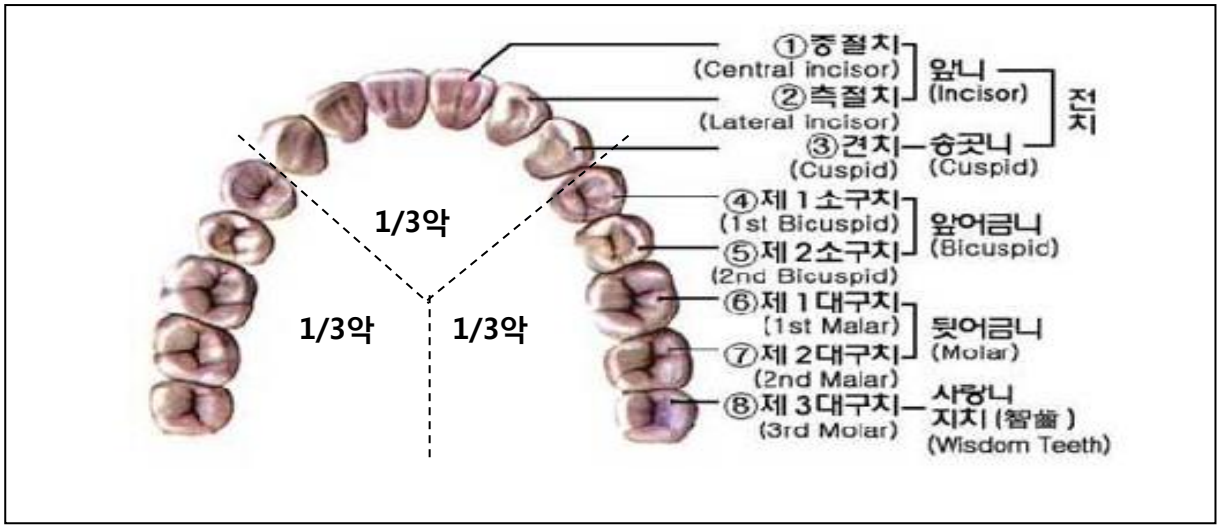
보존치료(충전치료)항목	설 명
아말감 충전	아말감은 주석과 아연 등 금속과 수은을 섞어 만든 충전용 재료로써 충치가 생긴 치질을 삭제하고 그 와동에 아말감을 채워넣는 치료입니다.
인레이/온레이	충치 등으로 치아에 형성된 와동에 금, 레진, 세라믹 등의 재료를 이용하여 수복물을 제작하고, 접착제로 접착하여 치아의 결손부위를 수복하는 치료로서, 인레이는 치관의 일부만, 온레이는 교합면의 전부를 덮어 수복하는 것을 말합니다.
컴퍼짓 레진 수복	충치나 치아의 결손부위에 레진이라는 플라스틱 계열 치과용 재료를 채워 넣는 치료입니다.
글래스아이오노머 수복	충치나 치아의 결손부위에 글래스아이오노머라는 치과용 복합재료을 채워 넣는 치료입니다.

2. 제 1 항의 치주질환치료항목

치주질환치료항목	설 명
치주소파술	치아와 잇몸 사이의 염증성 조직(치주낭)을 제거하는 치료입니다.
치은신부착술	잇몸의 염증성 조직(치주낭)을 절개 및 제거한 후 각 치간부를 봉합하는 치료입니다.
치은성형술	치은(잇몸)의 형태를 생리적이고 심미적인 형태가 되도록 외과적으로 재형성해주는 치료를 말하며, 수술은 치은절제술과 유사합니다.
치은절제술	염증성 조직(치주낭)이 깊게 형성된 경우, 치은(잇몸) 증식이 있는 경우 등을 인해 치은(잇몸)을 절제해 내는 치료입니다.
치은박리소파술	염증성 조직(치주낭) 깊은 곳까지 치석이나 염증이 존재하는 경우, 수술로 치은(잇몸)을 절개하여 젖힌 후 치석과 염증 조직을 제거

	한 후에 잇몸을 다시 봉합하여 주는 치료입니다.
치근면치료술	치주 수술시 치근에 남아있는 내독소 등 재부착에 장애를 주는 물질을 없애기 위해 구연산 또는 테트라싸이클린 등으로 치근면에 도포해 주는 치료입니다.
치조골결손부 골이식술	치주질환으로 인해 파괴된 치조골의 연조직과 경조직부위에 골이식을 통해 파괴 전 상태로 재건하는 치료입니다.
조직유도재생술	치주 치료 후 성공적인 재생의 형태는 치아뿌리에 치주인대라는 조직이 붙는 형태인데, 이를 위해 치아 뿌리의 면과 인접한 다른 조직의 구성성분을 차단막으로 분리하여 치주인대를 형성하는 세포만 재분포시켜 재생을 도모하는 치료입니다.
조직유도재생막 제거술	조직유도재생술을 비흡수성 차폐막을 이용하여 시행한 경우 4-6주 후에 차폐막을 제거하는 치료입니다.
치은측방변위판막술	치주질환에 의해 노출된 치근면을 덮어주기 위해서(또는 부착치은의 양을 증가시키기 위해서) 사용하는 치료입니다.
치관변위판막술	한 치아나 여러 치아의 노출된 치근을 덮기 위해서 또는 치근의 지각과민증을 없애기 위해 사용되는 치료입니다.
치은이식술	치주질환으로 인해 치근이 노출된 경우에 치은을 이식하여 다시 덮어주는 치료입니다.
치근절제술	치근이 두 개 이상인 치아에서 치근 사이의 분지부 또는 한쪽 치근에만 염증이 이환된 경우에 이환된 치근만 제거하거나 치아를 두개로 분리하는 술식
치관확장술	잇몸을 잘라내 치주낭을 제거하거나 치관길이를 확장시켜 주는 치료입니다
치관분리술	치근치료 등을 위해 치관을 분리하는 치료입니다
치석제거(스케일링)	날카로운 기구나 초음파 기구로 치석을 제거하는 치료를 말합니다.

3. 제 1 항의 1/3 악(3 분악)이란 치아전체를 상악(윗니), 하악(아랫니)를 각 좌측구치부, 우측구치부, 전치부로 3 구역으로 나눈 단위로써 1 인당 6 개의 1/3 악(3 분악)을 가집니다. 전치부란 송곳니와 반대 송곳니부분에 해당하는 앞니(송곳니포함)에 해당하며, 구치부는 전치부 이외의 어금니 치아부분에 해당합니다.



발치치료보험금보장제외 추가특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 치아치료비보장 특별약관 제 1 조(보험금의 지급사유) 및 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에도 불구하고 발치치료 보험금을 이 특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 치아치료비보장 특별약관을 따릅니다.

치주질환치료보험금보장제외 추가특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 치아치료비보장 특별약관 제 1 조(보험금의 지급사유) 및 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에도 불구하고 치주질환치료 보험금을 이 특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 치아치료비보장 특별약관을 따릅니다.

모성사망보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항 제 4 호에 정한 규정에도 불구하고 피보험자인 임산부가 보험기간 중에 여성 산과관련 질병에 의하여 임신 중 또는 분만 후 42 일 이내에 사망한 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

청약서상 '계약전 일릴의무(중요한 사항에 한합니다.)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(여성 산과관련 질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "여성 산과관련 질병"이라 함은 제 5 차 한국표준질병사인 분류에 정한 아래의 임신, 출산 및 산후기 질병(【별표 6】 "임신, 출산 및 산후기 분류표"참조)을 말합니다.

1. 유산된 임신
2. 임신, 출산 및 산후의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애
3. 주로 임신과 관련된 기타 모성 장애
4. 태아와 양막강 및 가능한 분만문제와 관련된 산모관리
5. 진통 및 분만의 합병증
6. 분만
7. 주로 산후기에 관련된 합병증
8. 달리 분류되지 않은 기타 산과학적 병태

② 여성 산과관련 질병의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 여성 산과관련 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4 조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 가입시부터 분만 후 42 일까지로 합니다.

제 5 조(보험료의 납입)

이 특별약관의 보험료는 단체계약을 제외하고 별도로 일시납으로 납입하여야 합니다.

제 6 조(보험금의 청구)

① 보험수익자(보험금을 받는자) 또는 계약자는 제 1 조의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서를 포함합니다)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 7 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

분만자궁적출발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항 제 4 호에 정한 규정에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중 분만과정에서 발생된 과다출혈로 자궁적출술을 시행하여 자궁을 적출하였을 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 분만과정에서 과다출혈로 인한 자궁적출술이라 함은 한국표준질병사인분류(제 7 차)에서 정한 "달리 분류되지 않은 분만중 출혈이 합병된 진통 및 분만(CODE O67)"을 원인으로 한 자궁적출술을 말합니다.

제 2 조(유산 또는 사산)

① 태아가 유산 또는 사산등에 의해 출생하지 못한 경우에는 이 특별약관의 계약은 무효로 합니다. 다만 유산 및 사산출산과정에서 일어난 자궁적출에 대하여는 보상하여 드립니다.

② 계약자는 제 1 항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(의사 또는 조산원의 유산, 사산 등을 증명하는 서류)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서를 포함합니다)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

③ 회사는 제 2 항의 알림이 있는 경우에는 이 특별약관의 납입보험료를 돌려드립니다.

제 3 조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 가입시부터 출산까지로 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌성마비발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중에 피보험자로부터 태어난 자녀(보험계약 체결시 피보험자가 임신한 때부터 임신 22 주이내의 태아에 한함)에게 출산시의 장해에 기인한 뇌성마비가 발병한 경우 이 특별약관 가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 자녀란 보통약관의 피보험자가 출산한 자녀를 말하며, 다태아출산의 경우 태어난 각각의 신생아에 대하여 제 1 항에 따라 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항의 출산시의 장해에 기인한 뇌성마비라 함은 한국표준질병사인분류(제 7 차)에서 정한 "출산 손상으로 인한 두 개강내 열상 및 출혈(CODE P10)" 또는 "중추 신경계통에 대한 기타 출산 손상(CODE P11)"을 원인으로 한 뇌성마비를 말합니다.

④ 보험금은 자녀가 출생한 날로부터 1 년 이내에 의사의 진단에 의하여 뇌성마비가 발견되어진 경우에 한하여 지급합니다.

제 2 조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 가입시부터 출산까지로 합니다.

제 3 조(보험금의 청구)

보험수익자(보험금을 받는자) 또는 계약자는 제 1 조(보상하는 손해)의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(의사 또는 조산원의 유산, 사산 등을 증명하는 서류)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서를 포함합니다)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 4 조(출생통지)

계약자는 태아가 출생한 경우 다음 중 한가지 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.

1. 자녀의 가족관계증명서 또는 주민등록등본
2. 지자체단체장이 확인하는 피보험자와 태아의 출생정보(출생년월, 성별) 명단

제 5 조(유산 또는 사산)

① 태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우에는 이 특약은 무효로 합니다.

② 제 1 항의 사실이 발생하여 회사에 알림이 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

조혈모세포이식수술비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 "특별약관"은 "특약", "이 특별약관의 보험기간"은 "보험기간"이라 합니다.) 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 "조혈모세포이식"을 받은 경우에는 최초 1 회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 보험수익자에게 조혈모세포이식수술 보험금으로 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 3 조(조혈모세포이식의 정의)

이 특약에서 "조혈모세포이식"이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. "동종(allogenic)골수조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. "동종(allogenic)말초조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. "자가(autologous)골수조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. "자가(autologous)말초조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. "제대혈조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관의 제 16 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항을 따릅니다.

제 5 조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

저체중아육아비용보장 특별약관

제 1 조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간(이하 "특별약관"은 "특약", "이 특별약관의 보험기간"은 "보험기간"이라 합니다.)은 피보험자로부터 태어난 자녀의 출생일로부터 1 년으로 합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자로부터 태어난 자녀 (보험계약 체결시 피보험자가 임신 중인 태아에 한함)가 보험기간 중에 미숙아(출생시 체중이 2.5kg 이하인 신생아를 말합니다.)로 출생하여 인큐베이터(조산아 보육기를 말합니다.)를 3 일 이상 사용했을 경우에는 3 일째 사용일부터 사용 1 일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 저체중아육아입원비용의 지급일수는 1 회 입원당 60 일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
저체중아육아 입원비용	저체중아로 출생하여 3 일이상 인큐베이터를 사용한 경우	3 일째 사용일부터 인큐베이터 사용 1 일당 이 특약 보험가입금액 (60 일 한도)

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

다태아 출산의 경우 태어난 각각의 신생아에 대하여 이 특약에 따라 보험금을 지급합니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특약 가입시계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 저체중아육아비용을 지급하지 않습니다.

제 5 조(출생통지)

계약자는 태아가 출생한 경우 다음 중 한가지 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.

1. 자녀의 가족관계증명서 또는 주민등록등본
2. 지자체단체장이 확인하는 피보험자와 태아의 출생정보(출생년월, 성별) 명단

제 6 조(유산 또는 사산)

① 태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우에는 이 특약은 무효로 합니다.

② 제 1 항의 사실이 발생하여 회사에 알림이 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제 7 조(준용규정)

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

주산기질환입원일당(4 일이상)보장 특별약관

제 1 조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간(이하 "특별약관"은 "특약", "이 특별약관의 보험기간"은 "보험기간"이라 합니다.)은 피보험자로부터 태어난 자녀의 출생일로부터 1 년으로 합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자로부터 태어난 자녀(보험계약 체결시 피보험자가 임신 중인 태아에 한함)가 보험기간 중에 진단 확정된 "출생전후기질병(주산기질환, 이하 같습니다)"의 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4 일째 입원일부터 입원 1 일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 주산기질환입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
주산기질환 입원일당	"출생전후기질병"으로 4 일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우	4 일째 입원일부터 입원 1 일당 이 특약 보험가입금액 (120 일 한도)

제 3 조(출생전후기 및 출생전후기 질병의 정의)

① 이 특약에서 "출생전후기"라 함은 임신 28 주부터 생후 1 주사이의 기간을 말합니다.

② 이 특약에서 "출생전후기 질병"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표 32】 "출생전후기에 발생한 주요병태분류표"에 해당하는 질병을 말합니다.

출생전후기 질병의 대상 질병	분류번호
1. 모성 요인과 임신, 진통 및 분만의 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P00-P04
2. 임신 기간 및 태아 발육과 관련된 장애	P05-P08
3. 출산외상	P10-P15
4. 출생전후기에 특이한 호흡기 및 심혈관 장애	P20-P29

5. 출생전후기에 특이한 감염	P35-P39
6. 태아 및 신생아의 출혈성 및 혈액학적 장애	P50-P61
7. 태아 또는 신생아에 특이한 일과성 내분비 및 대사 장애	P70-P74
8. 태아 및 신생아의 소화계통 장애	P75-P78
9. 태아 및 신생아의 외피 및 체온조절에 관련되는 병태	P80-P83
10. 출생전후기에 기원한 기타 장애	P90-P96

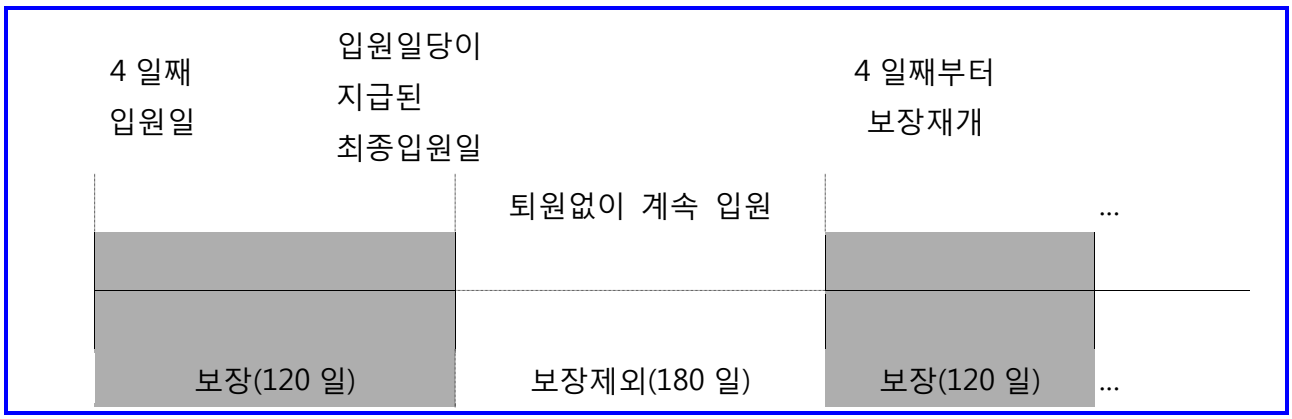
제 4 조(입원의 정의와 장소)

이 특약에서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다.)에 의하여 출생전후기 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 2 조(보험금의 지급사유)에서 "출생전후기의 질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 "출생전후기 질병"으로 진단확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "출생전후기 질병"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "출생전후기 질병"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "출생전후기 질병"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "출생전후기 질병"으로 진단확정된 경우에는 이는 "출생전후기 질병"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자로부터 태어난 자녀가 동일한 "출생전후기 질병"의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 이를 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 "출생전후기 질병"에 대한 입원이라도 주산기질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 주산기질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 주산기질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 이 특약에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 "출생전후기질병"으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "출생전후기질병"의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자로부터 태어난 자녀가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 2 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 입원일당은 계속 보장하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑥ 다태아 출산의 경우 태어난 각각의 신생아에 대하여 이 특약에 따라 보험금을 지급하여드립니다

⑦ 청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특약 가입시계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 주산기질환입원일당을 지급하지 않습니다.

제 7 조(출생통지)

계약자는 태아가 출생한 경우 다음 중 한가지 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.

1. 자녀의 가족관계증명서 또는 주민등록등본
2. 지자체단체장이 확인하는 피보험자와 태아의 출생정보(출생년월, 성별) 명단

제 8 조(유산 또는 사산)

① 태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우에는 이 특약은 무효로 합니다.

② 제 1 항의 사실이 발생하여 회사에 알림이 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제 9 조(보험료 정산에 관한 사항)

① 계약체결시 보험료는 태아를 여자 0 세 기준으로 적용하며, 출생시 태아의 성별이 남자일 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정한 보험료로 차액을 정산합니다.

② 태아가 복수로 출생한 경우에는 가족관계등록상 선순위로 기재된 자를 기준으로 제 1 항의 보험료를 정산합니다.

③ 회사는 제 1 항에 따라 이미 납입한 보험료를 정산하고 환급해야할 금액이 있을 때에는 정산보험료를 정산일까지 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 정기예금이율 + 1%'를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 10 조(준용규정)

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

임신·출산질환입원일당(4 일이상)보장 특별약관

제 1 조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간(이하 "특별약관"은 "특약", "이 특별약관의 보험기간"은 "보험기간"이라 합니다.)은 계약일부터 분만 후 42 일까지로 합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 "임신・출산관련질환"으로 진단 확정되고, 그 "임신・출산관련질환"의 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4 일째 입원일부터 입원 1 일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 임신・출산질환입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
임신·출산질환 입원일당	"임신・출산질환"으로 4 일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우	4 일째 입원일부터 입원 1 일당 이 특약 보험가입금액(120 일 한도)

제 3 조(임신·출산관련질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "임신・출산관련질환"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표 30】"임신・출산관련질환 분류표"에 해당하는 질병을 말합니다.

임신·출산관련 질환의 대상 질병	분류번호
1. 임신, 출산 및 산후기에서 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	O10 ~ O16
2. 주로 임신과 관련된 기타 모성장애	O20 ~ O29
3. 태아와 양막강 및 가능한 분만문제와 관련된 산모관리	O30 ~ O48
4. 진통 및 분만의 합병증	O60 ~ O75
5. 주로 산후기에 관련된 합병증	O85 ~ O92

② "임신・출산관련질환"의 진단확정은 의료법 제 3 조에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 4 조(입원의 정의와 장소)

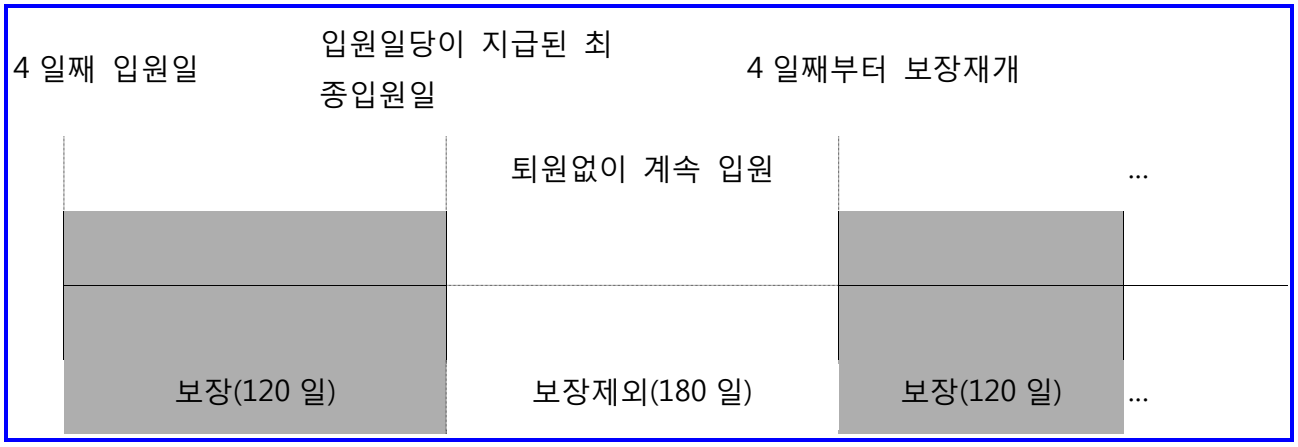
이 특약에서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다.)에 의하여 임신출산관련질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 2 조(보험금의 지급사유)에서 "임신・출산관련질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원" 이란 의사에 의해 "임신・출산관련질환"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "임신・출산관련질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "임신・출산관련질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "임신・출산관련질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "임신・출산관련질환"으로 진단된 경우에는 이는 "임신・출산관련질환"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 동일한 "임신・출산관련질환"의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 이를 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 "임신・출산관련질환"에 대한 입원이라도 임신・출산질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 임신・출산질환입원일

당이 지급된 최종입원일부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 임신・출산질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 이 특약에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 "임신・출산관련질환"으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "임신.출산관련질환"의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 2 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 입원일당은 계속 보장하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑥ 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

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

② 보험수익자의 고의. 그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 7 조(준용규정)

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유산입원일당(4 일이상)보장 특별약관

제 1 조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간(이하 "특별약관"은 "특약", "이 특별약관의 보험기간"은 "보험기간"이라 합니다.)은 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 "유산"으로 진단 확정되고, 그 "유산"의 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4 일째 입원일부터 입원 1 일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 유산입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
유산입원일당	"유산"으로 4 일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우	4 일째 입원일부터 입원 1 일당 이 특약 보험가입금액 (120 일 한도)

제 3 조(유산의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유산"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표 31】"유산 분류표"에 해당하는 질병을 말합니다.

유산의 대상 질병	분류번호
1. 자궁외 임신	O00
2. 포상기태	O01
3. 기타 비정상적 수태부산물	O02
4. 자연유산	O03
5. 의학적 유산	O04
6. 기타유산	O05
7. 상세불명의 유산	O06
8. 시도된 유산의 실패	O07
9. 유산, 자궁외 임신 및 기태임신에 따른 합병증	O08

② "유산"의 진단확정은 의료법 제 3 조에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

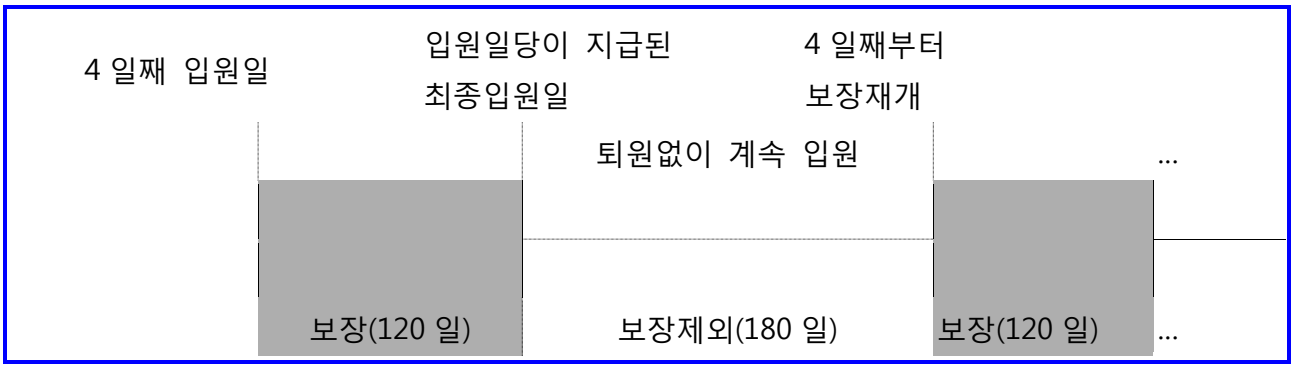
제 4 조(입원의 정의와 장소)

이 특약에서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다.)에 의하여 유산의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 2 조(보험금의 지급사유)에서 "유산의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 "유산"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "유산"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "유산"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "유산"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "유산"으로 진단된 경우에는 이는 "유산"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 동일한 "유산"의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 이를 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 "유산"에 대한 입원이라도 유산입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 유산입원일당이 지급된 최종입원일부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 유산입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 이 특약에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 "유산"으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "유산"의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 2 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 입원일당은 계속 보장하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑥ 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

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

② 보험수익자의 고의. 그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 전쟁,외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 7 조(준용규정)

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

임신·출산질환수술보장 특별약관

제 1 조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간(이하 "특별약관"은 "특약", "이 특별약관의 보험기간"은"보험기간"이라 합니다.)은 계약일부터 분만 후 42 일까지로 합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 "임신・출산관련질환"의 치료를 직접적인 목적으로 제 4 조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1 회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
임신·출산질환 수술보험금	"임신·수술관련질환"으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제 3 조(임신・출산관련질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "임신・출산관련질환"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표 30】"임신・출산관련질환 분류표"에 정한 질병을 말합니다.

임신・출산관련질환의 대상 질병	분류코드
1. 임신, 출산 및 산후기에서 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	O10 ~ O16
2. 주로 임신과 관련된 기타 모성장애	O20 ~ O29
3. 태아와 양막강 및 가능한 분만문제와 관련된 산모관리	O30 ~ O48
4. 진통 및 분만의 합병증	O60 ~ O75
5. 주로 산후기에 관련된 합병증	O85 ~ O92

② "임신・출산관련질환"의 진단확정은 의료법 제 3 조에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 4 조(수술의 정의와 장소)

이 특약에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 "임신・출산관련질환"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 "임신・출산관련질환"의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), (切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 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 빨아 들이는 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 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 5 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 7 조(준용규정)

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유산수술보장 특별약관

제 1 조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간(이하 "특별약관"은 "특약", "이 특별약관의 보험기간"은"보험기간"이라 합니다.)은 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 "유산"의 치료를 직접적인 목적으로 제 4 조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1 회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
유산수술보험금	"유산"으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제 3 조(유산의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유산"이라 함은 제 7 차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표 31】"유산분류표"에 정한 질병을 말합니다.

유산의 대상 질병	분류번호

1. 자궁외 임신	O00
2. 포상기태	O01
3. 기타이상 임신부산물	O02
4. 자연유산	O03
5. 의학적 유산	O04
6. 기타유산	O05
7. 상세불명의 유산	O06
8. 시도된 유산의 실패	O07
9. 유산, 자궁외 임신 및 기타 임신에 따른 합병증	O08

② "유산"의 진단확정은 의료법 제 3 조에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 4 조(수술의 정의와 장소)

이 특약에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 "유산"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 "유산"의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 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 빨아 들이는 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 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 5 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

청약서상 "계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 2 조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제 7 조(준용규정)

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다중골절진단위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해를 직접적인 원인으로 다중골절로 진단확정시에 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 동일한 상해에 대하여 골절 부위의 수에 관계없이 1 회에 한하여 지급합니다.

제 2 조(다중골절의 정의)

이 특별약관에서 다중골절이라 함은 동일한 상해를 직접적인 원인으로【별표 15】골절 분류표에 정한 골절 중 두 가지 이상의 분류항목에 해당하는 상병에 해당되는 경우 및【별표 37】다발골절 분류표에 정한 골절에 해당하는 상병을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스쿨존내어린이교통사고부상치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조」에 의하여 특별시장・광역시장・특별자치도지사 또는 시장・군수(광역시의 군은 제외한다)가 어린이보호구역으로 지정한 지역(이하 "스쿨존"이라 합니다)내에서 교통사고로 인하여 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 자동차사고부상등급표(【별표 38】자동차사고부상등급표 참조)의 부상등급을 받은 경우에는 보험수익자에게 부상등급에 따라 아래와 같이 스쿨존 교통사고 부상치료비를 지급하여 드립니다.

부상등급	지급금액	부상등급	지급금액
1급	보험가입금액의 100%	8급	보험가입금액의 10%
2급	보험가입금액의 50%	9급	보험가입금액의 8%
3급	보험가입금액의 40%	10급	보험가입금액의 6%
4급	보험가입금액의 30%	11급	보험가입금액의 5%
5급	보험가입금액의 30%	12급	보험가입금액의 4%
6급	보험가입금액의 20%	13급	보험가입금액의 2%
7급	보험가입금액의 15%	14급	보험가입금액의 1%

제2조(피보험자의 범위)

제1조(보험금의 지급사유)의 피보험자는 계약시점에서 만 12세 이하의 어린이에 한합니다.

제3조(교통사고의 정의)

① 이 특약에서 '교통사고'라 함은 다음 각 호에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 '자동차 이외의 교통수단'(이하 '기타교통수단'이라 합니다)에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

② 제1항에서 '자동차'라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장비를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하 '9종 건설기계'라 합니다). 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

③ 제1항에서 '기타교통수단'이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일

2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 9종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 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 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
2. 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
3. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

【배상책임관련 특별약관】

일상생활배상책임보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자 본인 및 그와 동거하는 배우자(이하 "피보험자"라 합니다)가 보험기간 중에 아래에 열거한 사고로 타인의 신체에 장해(이하 '신체장해'라 합니다)를 입히거나 타인의 재물을 망가뜨려(이하 '재물손해'라 합니다) 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상하여 드립니다.

1. 보험증권에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 '주택'이라 합니다)에 주거하는 피보험자가 주택의 소유, 사용 또는 관리에 기인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)에 기인하는 우연한 사고

【신체장해】 신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.
【재물손해】 1) 물리적으로 망그러뜨려진 유체물의 직접손해
2) 물리적으로 망그러뜨려진 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해
3) 물리적으로 망그러뜨려지지 않은 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해

② 회사가 1 사고당 보상하는 손해는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무) 제 1 항 제 1 호의 방법을 조사하여 구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용

나. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무) 제 1 항 제 2 호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제 2 항 및 제 3 항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제 2 조(보상하지 아니하는 손해)

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

1. 계약자, 또는 피보험자의 고의
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
5. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제 6 호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임

9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임

10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

11. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임

12. 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임

13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.)로 인한 배상책임

14. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임

15. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.

16. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임

17. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임

18. 항공기, 선박, 차량(이륜자동차 및 이에 준하여 원동력이 인력에 의하지 않고 전동장치에 의해 움직이는 모든 개인형 이동장치(전동휠, 전동자전거, 전동킥보드 등)을 포함합니다), 총기(공기총은 제외합니다.)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임

19. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.

20. 불법행위 또는 폭력행위로 인한 배상책임

제 3 조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1 회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금(2 만원)은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 항 제 1 호의 손해배상금 : 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.

2. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 항 제 2 호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

3. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 항 제 2 호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제 1 호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

② 회사가 제 1 항에 의하여 보상을 한 경우에는 보험가입금액(보상한도액)에서 그 보상액을 뺀 잔액을 나머지 보험기간에 대한 보험가입금액(보상한도액)으로 합니다.

제 4 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 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금 지급을 청구할 수 있습니다.

제 5 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 제기 받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제 1 항 각의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제 1 항 제 3 호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다.

제 6 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. 제 3 자로부터 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 제 1 항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제 1 조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제 1 호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액

3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자로부터 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 보험계약자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 보험계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제 2 항, 제 3 항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인해 늘어난 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 8 조(보험금의 분담)

① 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

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 제 1 항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제 9 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 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제 3 자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제 1 항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요청하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제 1 항, 제 2 항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제 10 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

학생배상책임보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 발생된 아래의 보험사고로 제 3 자의 신체의 장해 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 아래의 손해를 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 주거용으로 사용하는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함)의 소유, 사용, 관리에 기인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리 제외)에 기인하는 우연한 사고

② 회사가 1 사고당 보상하는 손해는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무) 제 1 항 제 1 호의 방법을 조사하여 구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용

나. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무) 제 1 항 제 2 호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제 2 항 및 제 3 항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제 2 조(보상하지 아니하는 손해)

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

1. 계약자, 또는 피보험자의 고의
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
5. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제 6 호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
12. 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(장해로 인한 사망을 포함합니다.)에 기인하는 배상책임
14. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
15. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
16. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
17. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임

18. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임

19. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다.), 총기(공기총은 제외합니다.)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임

20. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.

21. 불법행위 또는 폭력행위에 기인하는 배상책임

제 3 조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1 회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금(2 만원)은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제 1 조(보상하는 손해) 제 1 호의 손해배상금 : 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.

2. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

3. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제 1 호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

② 회사가 제 1 항에 의하여 보상을 한 경우에는 보험가입금액(보상한도액)에서 그 보상액을 뺀 잔액을 나머지 보험기간에 대한 보험가입금액(보상한도액)으로 합니다.

제 4 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 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금 지급을 청구할 수 있습니다.

제 5 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 제기 받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제 1 항 각의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제 1 항 제 3 호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다.

제 6 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. 제 3 자로부터 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 제 1 항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제 1 조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제 1 호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액

2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액

3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자로부터 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 보험계약자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 보험계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제 2 항, 제 3 항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인해 늘어난 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 8 조(보험금의 분담)

① 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

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 제 1 항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제 9 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 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제 3 자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제 1 항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요청하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제 1 항, 제 2 항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제 10 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 각종 교육법(초·중등교육법, 고등 교육법), 유아교육진흥법, 영유아보육법, 학원의 설립 및 운영에 관한 법률 및 관계법령에 의해 설립된 학교 및 보육시설(이하 "학교"라 합니다)에 재학하는 학생(이하 "학생"이라 합니다)으로 합니다.

① 이 계약이 성립된 후 학교의 학생으로서 자격을 상실한 때부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제 11 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골프중배상책임보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 보험기간중에 피보험자가 골프시설 (골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장, 탈의실 등 그외 부속시설을 포함합니다) 구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식을 포함합니다)중에 발생된 보험사고로 제 3 자의 신체의 장해 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 아래의 손해를 보상하여 드립니다.

② 회사가 1 사고당 보상하는 손해는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무) 제 1 항 제 1 호의 방법을 조사하여 구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용

나. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무) 제 1 항 제 2 호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제 2 항 및 제 3 항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제 2 조(보상하지 아니하는 손해)

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

1. 계약자, 또는 피보험자의 고의
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임

4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
5. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제 6 호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
12. 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(장해로 인한 사망을 포함합니다.)에 기인하는 배상책임
14. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
15. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
16. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
17. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임
18. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
19. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다.), 총기(공기총은 제외합니다.)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임
20. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
21. 불법행위 또는 폭력행위에 기인하는 배상책임

제 3 조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1 회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금(2 만원)은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제 1 조(보상하는 손해) 제 1 호의 손해배상금 : 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제 1 호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

② 회사가 제 1 항에 의하여 보상을 한 경우에는 보험가입금액(보상한도액)에서 그 보상액을 뺀 잔액을 나머지 보험기간에 대한 보험가입금액(보상한도액)으로 합니다.

제 4 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 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금 지급을 청구할 수 있습니다.

제 5 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 제기 받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제 1 항 각의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제 1 항 제 3 호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다.

제 6 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. 제 3 자로부터 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 제 1 항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제 1 조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제 1 호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자로부터 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 보험계약자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 보험계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제 2 항, 제 3 항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인해 늘어난 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 8 조(보험금의 분담)

① 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

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 제 1 항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제 9 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 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제 3 자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제 1 항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요청하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제 1 항, 제 2 항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제 10 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스포츠활동중배상책임 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 단체의 관리하에 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 제 1 항의 「운동경기」란 단체의 관리하에 참여하거나 진행하는 정규경기 또는 연습경기(훈련활동을 포함합니다. 이하 같습니다)를 말합니다.

③ 회사가 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금

2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무)제 1 항제 1 호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

나. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무)제 1 항제 2 호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)제 2 항 및 제 3 항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제 2 조(피보험자의 범위)

① 보통약관 제 6 조에도 불구하고 이 특별약관의 피보험자는 이 보험증권(보험가입증서)에 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 3 조(보상하지 아니하는 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. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임

8. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임

9. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임

10. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임

11. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임

12. 체육관, 운동장등 경기시설 구조상의 결함이나 관리의 불비(不備)로 인한 배상책임

제 4 조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1 회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제 1 조(보상하는 손해) 제 1 호의 손해배상금 : 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.

2. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

3. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제 1 호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

② 보험기간중 발생하는 사고에 대한 보상총액은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 총 보상한도액을 한도로 합니다.

제 5 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 제 1 항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 제 1 항제 3 호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다.

제 6 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. 제 3 자로부터 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
4. 손해배상책임에 관하여 피보험자가 소송을 제기하려고 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제 1 항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제 1 조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제 1 호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급 책임을 지는 금액한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로서 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사가 위 제 1 항의 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 이유없이 위 제 2 항, 제 3 항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 8 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 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

② 회사는 제 1 항에 따른 보험금 청구를 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7 일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 회사는 제 2 항의 지급보험금이 결정된 후 7 일이 지나도록 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지체된 날부터 지급일까지 보험개발원이 매월 공시하는 1 년만기 정기예금이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그러하지 않습니다.

※용 어 풀 이※

영업일은 "토요일", "일요일", "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"및 "근로자의 날"을 제외한 날을 의미합니다.

제 9 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 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 제 1 항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제 10 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 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제 3 자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권

2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제 1 항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제 1 항, 제 2 항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제 11 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【비용손해관련 특별약관】

벌금보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 확정판결에 의하여 정해진 벌금액 (보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.)을 1 사고당 이 특별약관 보험가입금액을 한도로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 금액에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 특별약관에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

③ 제 1 항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 자동차중 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9 종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

※용 어 풀 이※

운전이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말함

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자(보험대상자, 자가용 운전자를 대상으로 합니다)가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고
8. 피보험자가 도로교통법 제 43 조에서 정하는 무면허운전 (면허시험장 내에서 면허시험 중에 입은 상해는 보상하여 드립니다) 또는 도로교통법 제 44 조에서 정하는 음주운전 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금보장 특별약관

가. 교통사고처리지원금보장 특별약관(동승자포함)

제 1 조(보험금 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자가 42 일(피해자 1 인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. "일반교통사고"로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제 258 조 제 1 항 또는 제 2 항, 형법 제 268 조, 교통사고처리특례법 제 3 조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.) 되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제 3 조에서 정한 상해급수 1 급, 2 급 또는 3 급에 해당하는 부상을 입힌 경우

※용 어 풀 이※

「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 제 1 항의 교통사고처리지원금은 피해자 1 인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제 1 호의 경우 : 3 천만원
2. 제 1 항 제 2 호의 경우

42 일~69 일 진단시	70 일~139 일 진단시	140 일이상 진단시
1 천만원	2 천만원	3 천만원

3. 제 3 호의 경우 : 3 천만원

③ 제 1 항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서(【별표 9】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8 은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

④ 제 1 항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서 중 7, 8 은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 제 1 항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차와 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

② 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
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

③ 회사는 제 1 조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 다음 각 호에 모두 해당하고 피보험자의 요청이 있는 경우에는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금을 확정하고, 피해자가 형사합의금을 별도로 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

④ 제 3 항에 따른 형사합의금 지급을 요청하는 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있고, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때

4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

5. 피보험자가 도로교통법 제 43 조, 제 44 조에 정한 음주.무면허 상태에서 운전하던 중 사로를 일으킨 때

6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제 4 조(보험금의 비례분담)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제 2 항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

나. 교통사고처리지원금보장 특별약관(동승자제외)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(이하 「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)를 사망하게 한 경우

2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)가 42 일(피해자 1 인을 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 제 258 조 제 1 항 또는 제 2 항, 형법 제 268 조, 교통사고처리특례법 제 3 조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제 3 조에서 정한 상해급수 1 급, 2 급 또는 3 급에 해당하는 부상을 입힌 경우

※용 어 풀 이※
「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 제 1 항의 교통사고처리지원금은 피해자 1 인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제 1 호의 경우 : 3 천만원

2. 제 1 항 제 2 호의 경우

42 일~69 일 진단시	70 일~139 일 진단시	140 일이상 진단시
1 천만원	2 천만원	3 천만원

3. 제 1 항 제 3 호의 경우 : 3 천만원

③ 제 1 항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서(【별표 9】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8 은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

④ 제 1 항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서 중 7, 8 은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 제 1 항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차와 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하 「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

② 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

③ 회사는 제 1 조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 다음 각 호에 모두 해당하고 피보험자의 요청이 있는 경우에는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금을 확정하고, 피해자가 형사합의금을 별도로 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

④ 제 3 항에 따른 형사합의금 지급을 요청하는 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있고, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 도로교통법 제 43 조, 제 44 조에 정한 음주.무면허 상태에서 운전하던 중 사로를 일으킨 때

6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제 4 조(보험금의 비례분담)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제 2 항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 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 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금보장(이륜자동차포함) 특별약관

가. 교통사고처리지원금보장(이륜자동차포함) 특별약관(동승자포함)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자가 42 일(피해자 1 인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. "일반교통사고"로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제 258 조 제 1 항 또는 제 2 항, 형법 제 268 조, 교통사고처리특례법 제 3 조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다.)

되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제 3 조에서 정한 상해급수 1 급, 2 급 또는 3 급에 해당하는 부상을 입힌 경우

※용 어 풀 이※ 「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 제 1 항의 교통사고처리지원금은 피해자 1 인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제 1 호의 경우 : 3 천만원
2. 제 1 항 제 2 호의 경우

42 일~69 일 진단시	70 일~139 일 진단시	140 일이상 진단시
1 천만원	2 천만원	3 천만원

3. 제 1 항 제 3 호의 경우 : 3 천만원

③ 제 1 항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서(【별표 9】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8 은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

④ 제 1 항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서 중 7, 8 은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 제 1 항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차와 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하 「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

② 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

③ 회사는 제 1 조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 다음 각 호에 모두 해당하고 피보험자의 요청이 있는 경우에는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금을 확정하고, 피해자가 형사합의금을 별도로 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

④ 제 3 항에 따른 형사합의금 지급을 요청하는 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있고, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 도로교통법 제 43 조, 제 44 조에 정한 음주.무면허 상태에서 운전하던 중 사로를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제 4 조(보험금의 비례분담)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제 2 항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

각 계약별 비례분담액 =
형사합의금 × 각 계약별 보상책임액 / 각 계약별 보상책임액의 합계액

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

나. 교통사고처리지원금보장(이륜자동차포함) 특별약관(동승자제외)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고로 타인(이하 「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)가 42 일(피해자 1 인을 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 제 258 조 제 1 항 또는 제 2 항, 형법 제 268 조, 교통사고처리특례법 제 3 조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제 3 조에서 정한 상해급수 1 급, 2 급 또는 3 급에 해당하는 부상을 입힌 경우

※용 어 풀 이※
「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 제 1 항의 교통사고처리지원금은 피해자 1 인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제 1 호의 경우 : 3 천만원

2. 제 1 항 제 2 호의 경우

42 일~69 일 진단시	70 일~139 일 진단시	140 일이상 진단시
1 천만원	2 천만원	3 천만원

3. 제 1 항 제 3 호의 경우 : 3 천만원

③ 제 1 항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서(【별표 9】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8 은 중대법규위반 교통사고로보지 않습니다.

④ 제 1 항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서 중 7, 8 은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 제 1 항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차와 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하 「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제 1 조(보험금의 지급사유)제 2 항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

② 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

③ 회사는 제 1 조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 다음 각 호에 모두 해당하고 피보험자의 요청이 있는 경우에는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금을 확정하고, 피해자가 형사합의금을 별도로 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

④ 제 3 항에 따른 형사합의금 지급을 요청하는 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있고, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 도로교통법 제 43 조, 제 44 조에 정한 음주.무면허 상태에서 운전하던 중 사로를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제 4 조(보험금의 비례분담)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제 2 항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과한 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

각 계약별 비례분담액 =
형사합의금 × 각 계약별 보상책임액 / 각 계약별 보상책임액의 합계액

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차사고변호사선임비용(약식기소제외)보장 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 신체 보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검찰에 의해 공소제기(이하 "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『1 사고』마다 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

② 제 1 항의 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 제 1 항의『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비 등 이하「9 종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9 종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제 1 항의『자동차를 운전하던 중』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

⑤ 제 1 항의『1 사고』라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며,『1 사고』로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

⑥ 제 1 항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출

한 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)

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

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제 43 조의 무면허상태(단, 면허시험장 내에서 면허시험 중에 발생한 사고는 보상하여 드립니다), 도로교통법 제 44 조의 술에 취한 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
8. 피보험자(보험대상자, 자가용 운전자를 대상으로 합니다)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중에 발생한 사고

제 3 조(보험금의 청구)

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 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고벌금보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중 급격하고도 우연한 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 확정판결에 의하여 정해진 벌금액(보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 1 사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 금액에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 특별약관에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

③ 제 1 항의 자전거라 함은 도로교통법 제 2 조(정의) 제 20 호에서 정한 자전거를 말합니다. (도로교통법 제 2 조(정의) 제 19 호 원동기장치자전거는 포함되지 않습니다)

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항에도 불구하고 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업 또는 직무로 자전거를 이용하는 동안 및 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 산악자전거(MTB) 활동 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 자전거에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다.)
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하는 행위
4. 피보험자가 자전거를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고변호사선임비용(약식기소제외)보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자전거사고로 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(이하 "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 『1 사고』마다 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

② 제 1 항의 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 제 1 항의 『1 사고』 라 함은 하나의 자전거 운전 중 사고를 말하며, 『1 사고』로 항소심, 상소심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

④ 제 1 항에서 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.

⑤ 제 1 항의 자전거라 함은 도로교통법 제 2 조(정의) 제 20 호에서 정한 자전거를 말합니다. (도로교통법 제 2 조(정의) 제 19 호 원동기장치자전거는 포함되지 않습니다)

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자전거를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

7. 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제 3 조(보험금의 청구)

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 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유괴·납치·인질발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 타인에 의해 유괴, 납치, 불법감금 등으로 억류상태에 놓이게 되어 관할행정기관에 신고한 시점부터 72 시간이 지난 시점까지 구출 또는 억류해제되지 않은 경우 신고한 시점부터 피보험자가 구출 또는 억류 해제되거나 사망사실 이 확인된 시점까지 90 일을 한도로 1 일당 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인) 에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 "억류상태"라 함은 아래의 경우를 말합니다

1. 신체적으로 직접 구속하여 장소적으로 일정한 구획밖으로 나가지 못하게 하는 것
2. 기만 또는 유혹의 수단이나 폭행 또는 협박을 수단으로 하여 현재 보호되고 있는 상태에서 벗어나게 하여 자기 또는 제 3 자의 실력지배하에 두는 것

③ 제 1 항의 사고발생에 대하여는 관할행정기관에 신고접수한 시점부터 1 년 이내에 관할행정기관 에 의해 유괴,납치,불법감금으로 판명되어야 사고로 인정합니다

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 피보험자가 단순한 가출이나 실종으로 행방이 불명한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유괴·인신매매피해발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 약취와 유인의 죄(형법 제 31 장 제 287 조(미성년자의 약취, 유인), 제 288 조(추행 등 목적 약취, 유인 등), 제 289 조(인신매매)에 의해 피해자가 된 경우에 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 피보험자가 원인이 불명확한 실종 및 행방불명이 된 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

미아찾기지원금보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 미아상태에 놓이게 되어 관할경찰서에 신고한 시점부터 1 개월이 지난 시점까지 미아상태가 계속된 경우 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 제 1 항의 미아상태라 함은 길을 잃음 등으로 현재 보호되는 상태에서 벗어나 돌아올 수 없는 상태을 말하며 유괴, 납치로 인한 실종은 제외합니다.

제 2 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 계약시점에서 만 8 세 이하의 어린이에 한합니다

제 3 조(미아찾기지원금)

회사는 피보험자가 미아상태가 미아신고후 1 개월이상 계속될 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 미아찾기지원금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다. 또한 미아상태가 미아신고후 3 개월이상 계속될 경우 이 특별약관 보험가입금액의 2 배에 해당하는 금액을 추가로 지급합니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 단순가출로 행방이 불명한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자녀양육비용보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제 30 조(보험금의 지급사유)에 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접 결과로써 사망하거나 장해분류표상의 50% 이상에 해당하는 후유장해를 입었을 때에는 이 특별약관 보험가입금액의 10% 해당액을 사고일로부터 5 회에 걸쳐 매년 자녀양육비용(사고 당시 자녀가 있는 경우에 한함)으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

의료사고법률비용보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따른 치료중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1 심에 한하여 1 사고당 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고 법률비용으로 피보험자에게 지급합니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제 3 조에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보상합니다.

③ 제 1 항의 의료사고라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않은 결과를 총칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 의료법 제 3 조에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 상해는 의료사고로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 발생한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
3. 계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

전화금융사기보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 대한민국 내에서 발생한 "전화금융사기사고"(이하 "사고"라 합니다)로 인하여 금전적인 손해를 입었을 경우 "실제 금전손해액"의 ( )%를 보험가입금액을 한도로 지급하여 드립니다. 단, 금융거래 상대방(금융기관 등)이 제공하는 보상제도(법규, 해당 금융기관의 회원약관 및 보험계약을 포함합니다.) 및 가해자에 의해 보상을 받은 경우에는 "실제 금전손해액"에서 "보상받은 금액"을 차감한 금액을 한도로 지급하여 드립니다.

※용어풀이※

○"전화금융사기"라 함은 사기의 의도가 있는 자가 피보험자(보험대상자)에게 전화를 걸거나 혹은 걸도록 유도하여 어 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.

○"실제 금전손해액"이라 함은 법원의 판결, 경찰 조사 또는 금융거래내역 등으로 입증이 가능한 피보험자(보장대상자)의 금전손실액 원금을 말합니다.

○"개인정보" 라 함은 생존하는 개인의 신상에 관한 정보로서 당해 정보에 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 포함한다.)를 말합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인해 발생한 비용 또는 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 대리인의 고의 또는 범죄행위로 인한 사고 (공모한 경우를 포함합니다.)
2. 제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유)에 명기된 손해 이외의 일체의 비용 또는 손해
3. 구두 또는 문서에 의한 비방, 중상에 따른 인격권 침해
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이하는 배우자 및 직계친족에 의한 사고
6. 영업비밀, 저작권, 특허권 또는 이와 유사한 지적재산권 침해
7. 대한민국 외에서 생성된 개인정보로 인한 손해 및 대한민국 외에서 피보험자(보험대상자)에게 발생한 금전적 손해 및 그로 인한 비용
8. 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 손해배상책임. 그러나 약정이 없었더라도 법률규정에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하게 될 배상책임은 보상합니다.
9. 피보험자(보험대상자)가 입은 신체적인 상해, 질병 또는 장해, 정신적 쇼크, 정신적 고통 또는 정신 장해
10. 피보험자(보험대상자)가 자발적으로 제 3 자에게 개인정보를 제공하거나 노출한 경우
11. 피보험자(보험대상자)의 사업 또는 업무 관련 하여 발생한 사고
12. 차압, 구류, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공단체의 공권력 행사
13. 보험기간 이전에 발생한 사고나 손해로 인하여 보험기간 중에 발생한 손해 또는 비용

※용 어 풀 이※

○ "범죄행위"라 함은 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 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

국내연수외국인특별비용보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 아래의 사유로 계약자, 피보험자 또는 피보험자의 법정상속인이 부담하는 비용을 이 특별약관에 따라 특별비용보험금으로 지급하여 드립니다.

1. 국내연수 중에 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 행방불명 또는 조난된 경우 또는 산악등반 중에 조난된 경우
2. 국내연수 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고에 따라 긴급수색구조 등이 필요한 상태로 된 것이 경찰 등의 공공기관에 의하여 확인된 경우
3. 국내연수 중에 상해를 직접원인으로 하여 사고일로부터 1 년 이내에 사망한 경우 또는 14 일 이상 계속 입원한 경우(다른 의료기관으로 이전한 경우에는 이전에 소요된 기간을 입원 중으로 봅니다. 다만, 그 이전에 대하여는 치료를 위하여 의사가 필요하다고 인정한 경우에 한합니다. 이하 같습니다.)
4. 질병을 직접 원인으로 하여 국내연수 중에 사망한 경우 또는 보험기간도중에 걸린 질병을 직접 원인으로 하여 14 일 이상 계속 입원한 경우. 다만, 입원에 대하여는 보험기간도중에 의사가 치료를 개시한 질병으로 인하여 입원에 한합니다.

② 제 1 호의 산악등반중 피보험자의 조난이 확실치 않은 경우에는 피보험자의 하산 예정일이후 계약자 또는 피보험자의 법정상속인이나 이들을 대신한 사람이 경찰서 등의 공공기관, 조난구조대, 해난구조회사 또는 항공회사에 수색을 의뢰한 것을 조난이 발생한 것으로 봅니다.

제 2 조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 외국인으로서 국내의 교육기관, 연구소 및 기업체등에 유학, 연수, 업무 및 이와 유사한 활동을 목적으로 하는 자 및 그 배우자, 직계자녀에 한합니다.

제 3 조(특별비용의 범위)

① 회사가 보상하는 특별비용의 범위는 아래와 같습니다.

1. 수색구조비용

조난당한 피보험자를 수색, 구조 또는 이송(이하「수색」이라 합니다)하는 활동에 필요한 비용 중 이들의 활동에 종사한 사람으로부터의 청구에 의하여 지급한 비용을 말합니다.

2. 항공운임 등 교통비

피보험자의 수색, 간호 또는 사고처리를 위하여 사고발생지 또는 현지(이하 '현지'라 합니다)까지의 피보험자의 법정상속인(그 대리인을 포함합니다. 이하「구원자」라 합니다)의 왕복교통비를 말하며 2 명분을 한도로 합니다.

3. 숙박비

현지에서의 구원자의 숙박비를 말하며 구원자 2 명분을 한도로 하여 1 명당 14 일분을 한도로 합니다.

4. 이송비용

피보험자가 사망한 경우 그 유해를 현지로부터 피보험자의 본국 주소지에 이송하는데 필요한 비용, 또는 치료를 계속중인 경우 피보험자를 본국 주소지에 이송하는데 드는 비용으로서 피보험자, 의사, 간호사의 호송비(당해 교통수단의 일반실 기준에 해당하는 피보험자 본인의 교통비 또는 운임 해당액은 공제합니다.)를 말합니다.

5. 제잡비

구원자의 출입국 절차에 필요한 비용(여권인지대, 사증료, 예방접종료 등) 및 구원자 또는 피보험자가 현지에서 지출한 교통비, 통신비, 피보험자 유해처리비 등을 말하고 10 만원을 한도로 합니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 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 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

제 5 조(보험금의 지급)

회사는 제 3 조(특별비용의 범위)의 비용 중 정당하다고 인정된 부분에 대해서만 보상하여 드리며, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 타인으로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 금액을 지급하지 않습니다.

제 6 조(보험금의 분담)

제 1 조(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 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

제 7 조(보상한도액)

회사가 이 특별약관에 관하여 지급할 보험금은 보험기간을 통하여 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 8 조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자, 보험수익자 또는 피보험자의 법정상속인이 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제 7 조(보험금의 청구) 및 피보험자 국적의 정부기관에서 발행하는 피보험자와의 관계증명서를 제출하여야 합니다.

<정부에서 발행하는 관계증명서 예시>
중국 : 친족관계증명서, 호구부
일본 : 호적등본
미국 : 출생증명서
※ 해당국가 공증필 (공증 후 2 년 이내의 서류)

제 9 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【실손의료비관련 특별약관】

기본형 실손의료비보장 특별약관

실손의료비보장 특별약관은 사람의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한합니다)를 보험회사가 보상하는 상품입니다.

제 1 관 일반사항 및 용어의 정의

제 1 조(보장종목)

① 회사가 판매하는 기본형 실손의료보험상품은 다음과 같이 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형 및 질병통원형의 4 개이내의 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 <붙임 1>과 같습니다.

제 2 관 회사가 보상하는 사항

제 3 조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)
상해입원</td><td>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5 천만원 이내에서 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)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200 만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.
주) 상급병실료 차액은 제외</td></tr>
<tr><td>상급병실료
차액</td><td>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

		하며, 1 일 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%에 해당하는 금액과 '비급여주(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)'의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 나머지 금액(급여 중 본인부담금의 10%에 해당하는 금액과 비급여주)의 20%에 해당하는 금액을 합한 금액)이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200 만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주) 상급병실료 차액은 제외
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

위 표에서 '비급여'라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

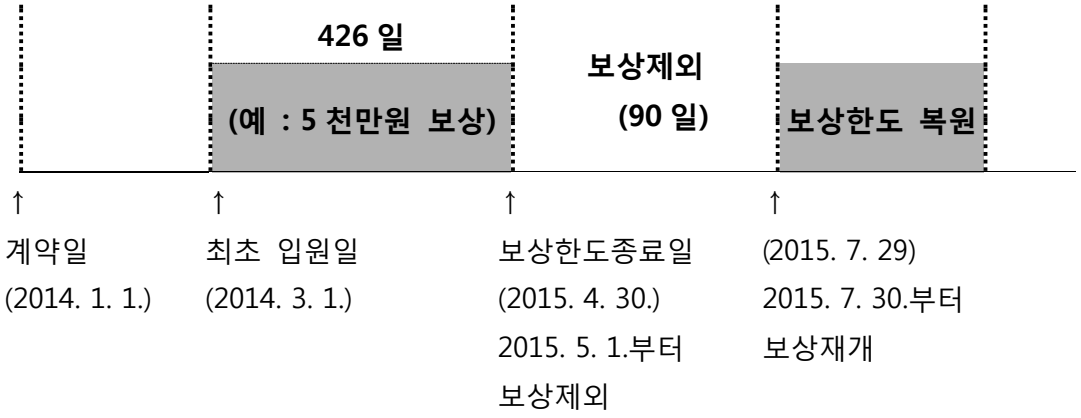
② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

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(5 천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

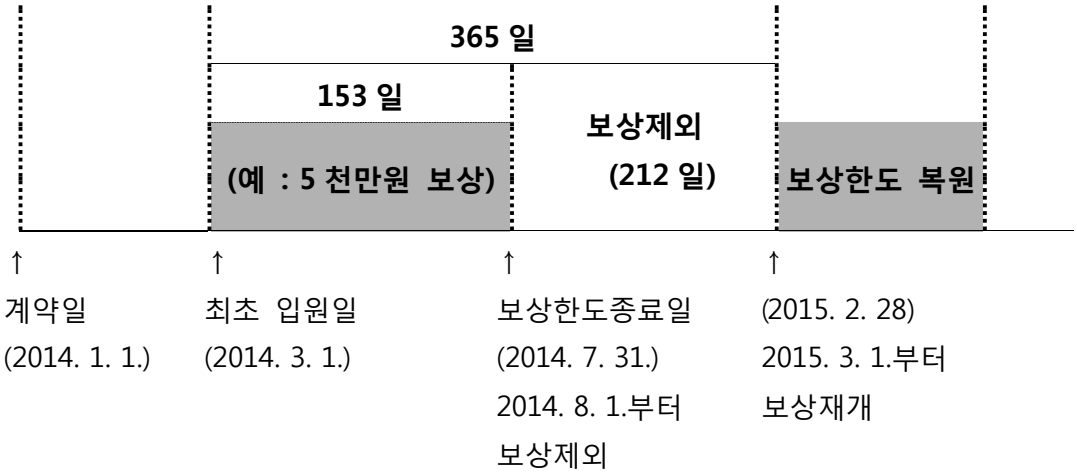
④ 제 1 항에도 불구하고 회사는 하나의 상해(같은 상해로 2 회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도종료일부터 90 일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275 일(365 일-90 일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365 일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.

<보상기간 예시>

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



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



⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180 일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제 4 항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 4 항을 적용합니다.

⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

(2) 상해통원

① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1 년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다..

구분	보 상 한 도

외래	방문 1 회당 '「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주 1)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액주 2)의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1 년간 방문 180 회를 한도로 합니다)
처방조제비	처방전 1 건당 '「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주 1)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액주 2)의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1 년간 처방전

주 1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

주 2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30 만원이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액으로 합니다.

<표 1> 항목별 공제금액

구 분		항 목	공제금액
표준형	외래(외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제 3 조 제 2 항 제 1 호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제 2 호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제 10 조, 제 12 조 및 제 13 조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제 15 조에 따른 보건진료소	1 만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		「의료법」 제 3 조 제 2 항 제 3 호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1 만 5 천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제 42 조 제 2 항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원	2 만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 2 호에 따른 약국, 같은 항 제 3 호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1 건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접 조제 1 건당)	8 천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
선	외래	「의료법」 제 3 조 제 2 항 제 1 호에 따른 의	1 만원과 공제기준

택형Ⅱ	(외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제 2 호에 따른 조산원,「지역보건법」제 7 조, 제 8 조 및 제 10 조, 제 12 조 및 제 13 조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소,「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」제 15 조에 따른 보건진료소	금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
		「의료법」제 3 조 제 2 항 제 3 호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
		「국민건강보험법」제 42 조 제 2 항에 따른 종합전문요양기관 또는「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원	2 만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」제 42 조 제 1 항 제 2 호에 따른 약국, 같은 항 제 3 호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1 건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접 조제 1 건당)	8 천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액

② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180 일 이내에 외래는 방문 90 회, 처방조제비는 처방전 90 건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 1 항을 적용합니다.

<보상기간 예시>

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)

↑ 계약일 (2014.1.1) ↑ 계약해당일 (2015.1.1) ↑ 계약해당일 (2016.1.1) ↑ 계약종료일 (2016.12.31) ↑ 보상종료 (2017.6.29.)

<table>
<tr><td></td><td>③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2 회 이상 통원치료를 받거나 하나의 상해로 약국에서 2 회 이상의 처방조제를 받은 경우 각각 1 회의 외래 및 1 건의 처방으로 보아 제 1 항과 제 2 항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2 회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.
④ 제 1 항의 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 <표 1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 보험가입금액[외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30 만원 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(5 천만원 이내에서 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)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200 만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.
주) 상급병실료 차액은 제외</td></tr>
<tr><td>상급병실료
차액</td><td>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td></tr>
<tr><td>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%에 해당하는 금액과 '비급여주(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)'의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 나머지 금액(급여 중 본인부담금의</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

		10%에 해당하는 금액과 비급여주)의 20%에 해당하는 금액을 합한 금액)이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200 만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주) 상급병실료 차액은 제외
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

위 표에서 '비급여'라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

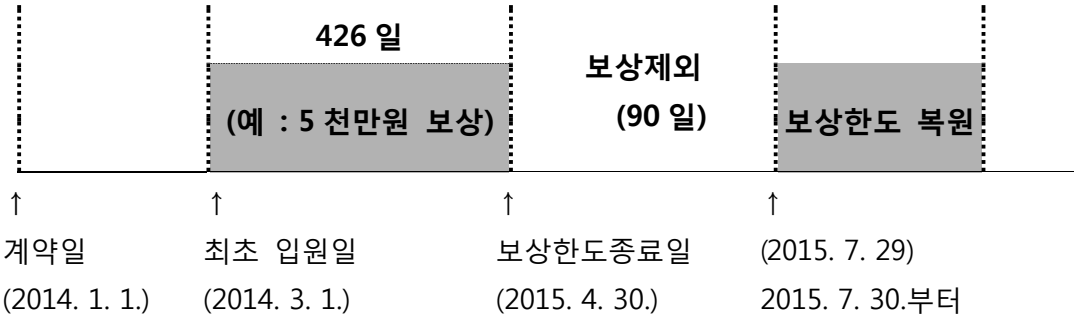
② 제 1 항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 입원의료비는 보상하지 않습니다.

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 질병당 보험가입금액(5 천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

④ 제 1 항에도 불구하고 회사는 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도 종료일부터 90 일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275 일(365 일-90 일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365 일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.

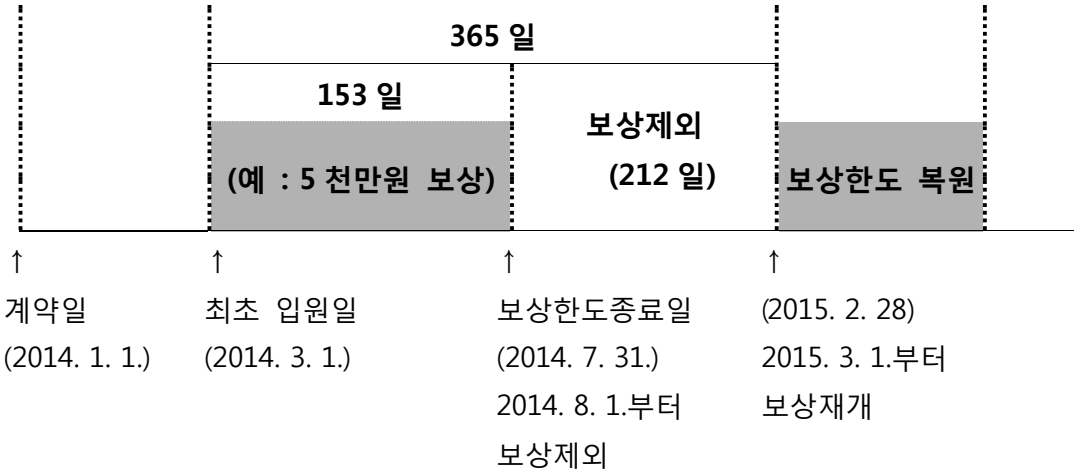
<보상기간 예시>

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



2015. 5. 1.부터 보상제외 보상재개

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



⑤ "하나의 질병"이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2 회 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.

⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180 일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제 4 항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 4 항을 적용합니다.

⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

⑧ 제 2 항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5 년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5 년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5 년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

⑨ 제 8 항에서 "청약일 이후 5 년이 지나는 동안"이란 이 약관 제 24 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 이 약관 제 25 조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제 8 항의 청약일로 하여 적용합니다.

(4)

질병통원

① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1 년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

구분	보 상 한 도
외래	방문 1 회당 '「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주 1)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액주 2)의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1 년간 방문 180 회를 한도로 합니다)
처방 조제비	처방전 1 건당 '「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주 1)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액주 2)을 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1 년간 처방전 180 건을 한도로 합니다)

주 1) 「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)

주 2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30 만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다.

<표 1> 항목별 공제금액

구 분		항 목	공제금액
표준형	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제 3 조 제 2 항 제 1 호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제 2 호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제 10 조, 제 12 조 및 제 13 조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제 15 조에 따른 보건진료소	1 만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		「의료법」 제 3 조 제 2 항 제 3 호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1 만 5 천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제 42 조 제 2 항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원	2 만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
	처방 조제비	「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 2 호에 따른 약국, 같은 항 제 3 호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의	8 천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액

		처방전 1 건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1 건당)	
선택형Ⅱ	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제 3 조 제 2 항 제 1 호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제 2 호에 따른 조산원, 「지역보건법」제 10 조, 제 12 조 및 제 13 조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제 15 조에 따른 보건진료소	1 만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
		「의료법」 제 3 조 제 2 항 제 3 호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1 만 5 천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제 42 조 제 2 항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원	2 만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 2 호에 따른 약국, 같은 항 제 3 호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1 건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1 건당)	8 천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액

② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180 일 이내에 외래는 방문 90 회, 처방조제비는 처방전 90 건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 1 항을 적용합니다.

<보상기간 예시>

보상대상기간 (1 년)	보상대상기간 (1 년)	보상대상기간 (1 년)	추가보상 (180 일)

↑	↑	↑	↑	↑
계약일 (2014.1.1)	계약해당일 (2015.1.1)	계약해당일 (2016.1.1)	계약종료일 (2016.12.31)	보상종료 (2017.6.29)

④ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2 회 이상 통원치료를 받거나 하나의 질병으로 약국에서 2 회 이상 처방조제를 받은 경우 각각 1 회

	의 외래 및 1 건의 처방으로 보아 제 1 항과 제 2 항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2 회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. ⑤ "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. ⑥ 제 1 항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 외래 및 처방조제비는 보상하지 않습니다. ⑦ 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 <표 1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30 만원 이내에서 계약시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다. ⑧ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다. ⑨ 제 5 항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5 년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5 년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5 년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다. ⑩ 제 8 항에서 "청약일 이후 5 년이 지나는 동안"이란 이 약관 제 24 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. ⑪ 이 약관 제 25 조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제 7 항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 3 관 회사가 보상하지 않는 사항

제 4 조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1)	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유

상해입원	로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험보험수익자가 보험금의 일부 보험보험수익자인 경우에는 다른 보험보험수익자에 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 피보험자의 본인이 자의적인 입원하여 발생한 입원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 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. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무 선박탑승 ③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다). 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비 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 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 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, 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 다리정맥류 수술 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 8. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)상해입원 제 1 항, 제 2 항 및 제 4 항부터 제 6 항에 따라 보상합니다. 10.「국민건강보험법」제 42 조의 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. 보험보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험보험수익자가 보험금의 일부 보험보험수익자인 경우에는 다른 보험보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 다만, 회

	사가 보상하는 상해로 인하여 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인하여 통원한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 사람의 직무상 선박탑승 ③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다). 한방치료(다만, 의료법 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비 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 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, 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 요양급여대상 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 각종비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (2)상해통원 제 1 항부터 제 4 항 및 제 6 항에 따라 보상합니다. 10.「국민건강보험법」제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 11.「응급의료에 관한 법률」및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
(3) 질병입원	① 회사는 다음의 사유로 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험보험수익자가 보험금의 일부 보험보험수익자인 경우에는 다른 보험보험수익자에 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 자의적인 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, F90 ~ F98 과 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 항문질환 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」 제 2 조에 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(본임부담금 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. 6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence). 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 9 조 제 1 항([별표 2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

	7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 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, 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 다리정맥류 수술 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 9. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (3)질병입원 제 1 항, 제 2 항 및 제 4 항부터 제 10 항에 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」 제 42 조의 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. 보험보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험보험수익자가 보험금의 일부 보험보험수익자인 경우에는 다른 보험보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유없이 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, F90 ~ F98 과 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」 제 2 조에 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. 6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence). 불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준

	에 관한 규칙」 제 9 조 제 1 항([별표 2]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, 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(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용, 간병비 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제 3 조(보장종목별 보상내용)) (4)질병통원 제 1 항부터 제 5 항 및 제 7 항부터 제 10 항에 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」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 13. 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제 3 조의 4 에 따라 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제 4 조의 2(특별약관에서 보상하는 사항)

① 제 3 조 및 제 4 조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 기본형 실손의료보험에서 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. 제 1 호, 제 2 호, 제 3 호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비

② 제 1 항 제 1 호에서 제 4 호까지 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.

제 4 관 보험금의 지급

제 5 조(보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험보험수익자는 제 3 조(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 포함)
4. 그 밖에 보험보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제 1 항제 2 호의 사고증명서는「의료법」제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제 6 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사.확인하기 위하여 제 1 항의 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 제 6 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청

3. 수사기관의 조사
4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제 4 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제 7 항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제 2 항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 피보험자 또는 보험보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

④ 회사는 제 1 항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제 2 항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표> '보험금을 지급할 때의 적립이율'에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연될 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 13 조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제 2 항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 회사는 사실확인이 끝날 때까지 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제 5 항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

⑦ 피보험자와 회사가 피보험자의 보험금액 및 보험금 지급여부에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 회사가 동의하는 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는「의료법」제 3 조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험보험수익자에게 「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 보험보험수익자에게 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. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기

간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

제 8 조(보험금을 받는 방법의 변경)

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

② 회사는 제 1 항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 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 제 1 항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 계약자 또는 보험수익자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제 10 조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2 명 이상인 경우에는 각 대표자를 1 명 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 1 명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2 명 이상인 경우에는 연대하여 그 책임을 집니다.

제 5 관 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」제 3 조(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 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동

차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.

② 회사는 제 1 항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1 개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제 1 항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 상해에 대해서는 삭감하지 않습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우에 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제 3 항에 따라 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제 13 조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제 11 조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우.
2. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제 12 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 1 항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

② 제 1 항제 1 호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 제 1 회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2 년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1 년)이 지났을 때
3. 계약체결일부터 3 년이 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 제 1 항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 회사는 제 30 조(보험료의 환급) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제 1 항제 1 호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 □반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다□라는 문구와 함께 서면 등으로 알려드립니다.

⑤ 제 1 항제 2 호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제 12 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 3 항 또는 제 4 항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제 1 항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제 4 항 및 제 5 항에도 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 5 년 이내(사기사실을 안 날부터 1 개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 6 관 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, 제 1 회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 "진단계약"이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 진단일을 말합니다)부터 30 일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30 일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.

④ 회사가 제 1 회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제 1 회 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 15 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 철회할 수 없습니다.

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

【전문보험계약자】보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서「보험업법」제 2 조(정의),「보험업법 시행령」제 6 조의 2(전문보험계약자의 범위 등) 또는「보험업 감독규정」제 1-4 조의 2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등을 말합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 청약한 날부터 30 일이 지나면 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제 1 항의 청약을 철회할 수 있습니다.

④ 계약자가 청약을 철회하였을 때에는 회사는 청약의 철회 접수한 날부터 3 일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대해서는 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제 1 회 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 제 1 항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제 17 조(약관교부 및 설명의무)

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

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

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

② 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제 1 항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(자필서명에는 도장을 찍는 날인과「전자서명법」제 2 조 제 2 호 또는 제 3 호에 따른 전자서명 또는 공인전자서명을 포함합니다)

③ 제 2 항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 다음의 어느 하나에 해당할 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제 1 항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자 가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약의 경우

④ 제 2 항에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

⑤ 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 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

② 회사의 고의 또는 과실로 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 이 계약의 보험계약대출이율을 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 제 1 회 보험료를 납입한 날부터 1 년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험종목을 변경하여 드립니다.

③ 계약자가 제 1 항 제 4 호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 30 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

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

⑤ 계약자가 제 4 항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 제 1 항에 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 제 1 항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6 개월 미만의 끝수는 버리고 6 개월 이상의 끝수는 1 년으로 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 : 1988 년 10 월 2 일, 현재(계약일) : 2014 년 4 월 13 일 ⇒ 2014 년 4 월 13 일 - 1988 년 10 월 2 일 = 25 년 6 월 11 일 = 26 세

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 7 관 보험료의 납입

제 22 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 계약자로부터 제 1 회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 계약자가 제 1 회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제 1 회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】 회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제 1 회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제 2 항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제 11 조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제 13 조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 피보험자가 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생한는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 계약이 갱신되는 경우에는 제 1 항부터 제 3 항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제 23 조(제 2 회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제 2 회부터의 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 제 2 회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 24 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

① 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고기간의 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, 계약이 해지되기 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 다음 날에 계약이 해지된다는 내용

② 회사가 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면으로 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 제 1 항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제 1 항에 따라 계약이 해지되고 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 30 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 25 조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

① 제 24 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 제 30 조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3 년 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 평균공시이율에 1%를 더한 이율의 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제 1 항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 11 조(계약 전 알릴 의무), 제 13 조(알릴 의무 위반의 효과), 제 14 조(사기에 의한 계약), 제 15 조(보험계약의 성립) 및 제 22 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

③ 제 1 항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약 시 제 11 조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제 13 조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 26 조[강제집행 등으로 인하여 해지된계약의 특별부활(효력회복)]

① 타인을 위한 계약의 경우 제 30 조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제 19 조(계약내용의 변경 등) 제 1 항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 보험보험수익자가 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

③ 회사는 제 1 항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제 1 항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제 1 항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7 일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7 일이 지나 보험보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험보험수익자가 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7 일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제 3 항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15 일 이내에 제 1 항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 8 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제 27 조(계약자의 임의해지)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 30 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 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 28 조(중대사유로 인한 해지)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 보험보험수익자가 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 제 1 항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 30 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 29 조(회사의 파산선고와 해지)

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

② 제 1 항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3 개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.

③ 제 1 항에 따라 계약이 해지되거나 제 2 항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 제 30 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 30 조(보험료의 환급)

① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다. 다만, 보험기간 중 보험사고가 발생하고 보험금이 지급되어 보험가입금액이 감액된 경우에는 어떠한 경우에도 당해 보험년도[초년도(첫째년도)는 보험기간의 초일(첫째일)부터 1 년간,

차년도 (둘째년도)이후는 각각 보험기간의 초일(첫째일) 해당일로부터 1 년간을 말합니다]의 보험료는 돌려드리지 아니합니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 아니한 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
2. 계약자, 피보험자 또는 보험보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1 년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

② 보험기간이 1 년을 초과하는 계약이 무효 또는 효력상실인 경우에는 무효 또는 효력상실의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제 1 항의 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 9 관 다수보험의 처리 등

제 31 조(다수보험의 처리)

① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제 2 항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 에서 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.

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

제 32 조(연대책임)

① 2009 년 10 월 1 일 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 한도내에서 지급합니다.

② 제 1 항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수

있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제 10 관 분쟁의 조정 등

제 33 조(분쟁의 조정)

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

제 34 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 35 조(소멸시효)

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

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다

제 36 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 37 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 38 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 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제 2 항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
④ 회사가 제 17 조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제 5 항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.
⑤ 회사가 제 4 항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 계약(또는 특별약관)의 최초계약일부터 5 년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제 39 조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 관계 법령에서 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다.
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 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

<붙임> 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	보험금 지급사유 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 1 년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1 년의 원금으로 하는 이자 계산방법
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말함
환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제 2 조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제 2 조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	「의료법」 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분
약국	「약사법」 제 2 조 제 3 호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	「국민건강보험법」 제 42 조(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 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 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 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우「국민건강보험법」제 42 조 제 1 항 제 3 호에 의한 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, 재료대, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제 41 조(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」 제 7 조(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. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름

「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인 부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제 13 조(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* * 제 3 관 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 제 3 보험, 개인연금・퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험・공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2 개 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 기능개선 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 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위
주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제'* *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.

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.
자기공명영상 진단	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)

비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료보험 특별약관

제 1 조(보장종목)

① 회사가 판매하는 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료보험 특별약관(이하 '특별약관'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 약관의 명칭에 '비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제 2 조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 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 제 1 항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본형 실손의료보험 표준약관 제 2 조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조(보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보상하는 사항

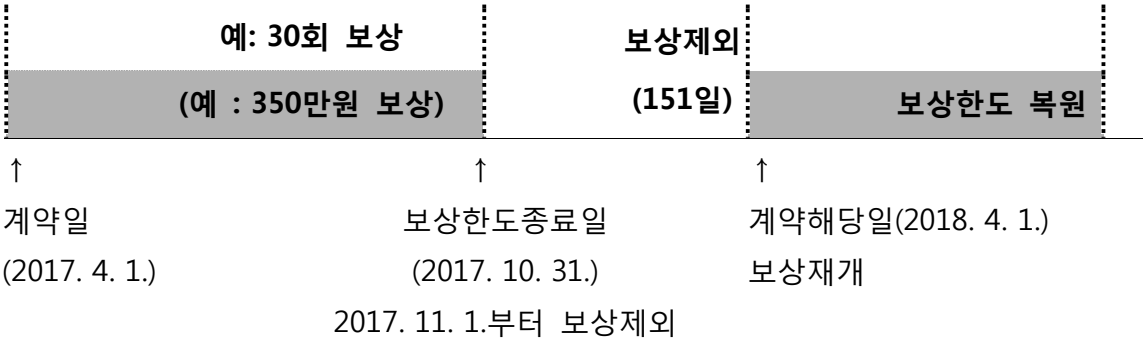
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 도수치료·체외충격파치료·증식치료를 받은 경우 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.

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 50회주) 까지 보상

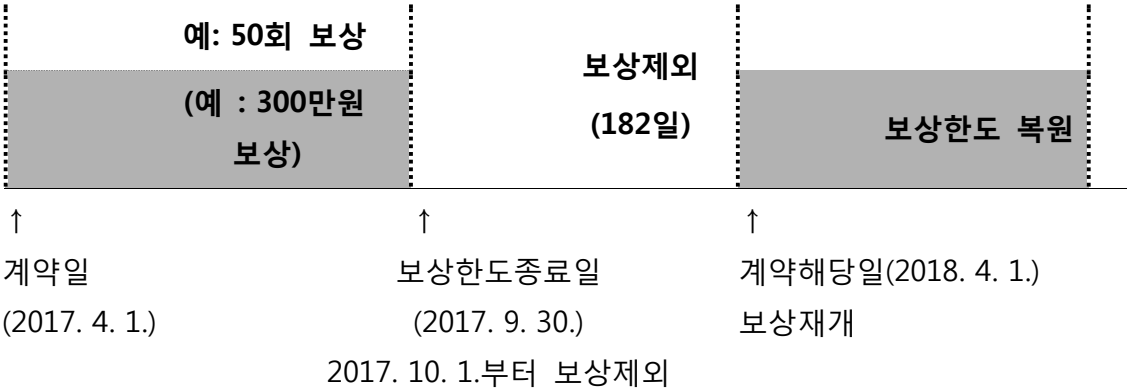
주) 도수치료·체외충격파치료·증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 50회까지 보상합니다.

<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 특별약관에서 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 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는

질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 의료비는 보상하지 않습니다.

⑥ 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 잔여 횟수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)

↑	↑	↑	↑	↑
계약일 (2018.1.1)	계약해당일 (2019.1.1)	계약해당일 (2020.1.1)	계약종료일 (2020.12.31)	보상종료 (2021.6.29.)

⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 도수치료·체외충격파치료·증식치료 비급여의료비를 계산합니다.

⑧ 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보상합니다.

⑨ 제8항에서 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이란 기본형 실손의료보험 표준약관 제24조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 기본형 실손의료보험 표준약관 제25조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

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 제 3 조(보상내용)에 따라 보상합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제 3 조(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. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

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 제 3 조(보상내용)에 따라 보상하며, K00 ~ K08 과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제 3 조(보상내용)

에 따라 보상합니다). 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제 3 조(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 제 3 조(보상내용)에 따라 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

   다. 발기부전(impotence). 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 제 3 조(보상내용)에 따라 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 9 조 제 1 항([별표 2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제 3 조(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 제 3 조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제 3 조(보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 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(TV 시청료, 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」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비

11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가「의료법」제3조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

비급여 주사료 실손의료보험 특별약관

제1조(보장종목)

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

보상하는 내용
피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여주)에 해당하는 주사료를 부담하는 경우에 보상

주)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상 (「국민건

강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

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

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어	정 의
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.

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본형 실손의료보험 표준약관 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조(보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

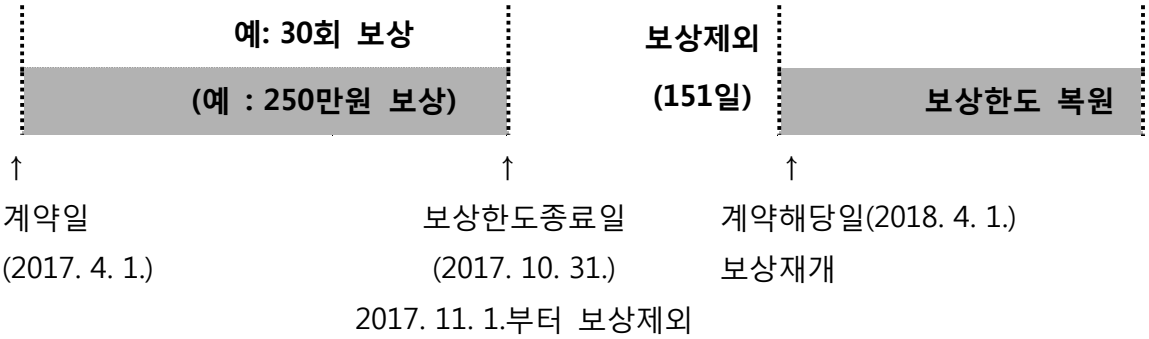
보상하는 사항

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

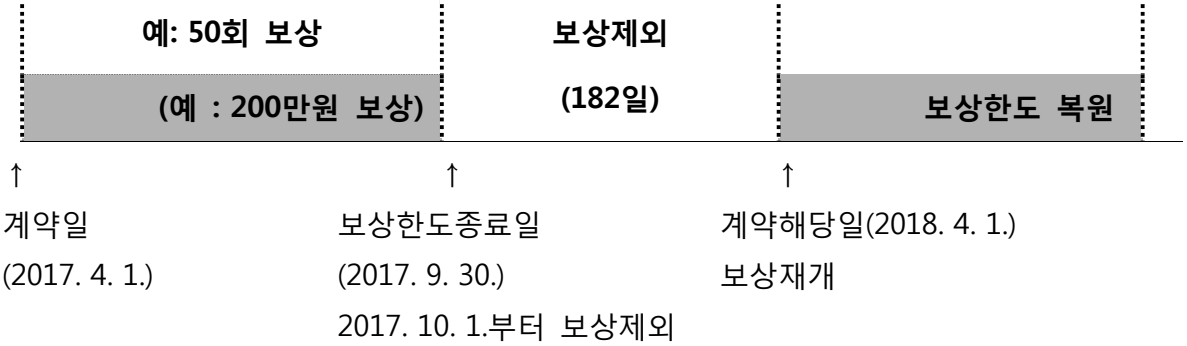
구 분	내 용
보상대상 의료비	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료
공제금액	입원.통원 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 250만원 이내에서 입원과 통원을 합산하여 50회까지 보상

<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 실손의료보험에서 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 않습니다.

⑦ 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 의료비는 보상하지 않습니다.

⑧ 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>

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)

↑	↑	↑	↑	↑
계약일 (2018.1.1)	계약해당일 (2019.1.1)	계약해당일 (2020.1.1)	계약종료일 (2020.12.31)	보상종료 (2021.6.29.)

⑨ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 비급여 주사료를 계산합니다.

⑩ 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나

는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보상합니다.

⑪ 제10항에서 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이란 기본형 실손의료보험 표준약관 제24조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑫ 기본형 실손의료보험 표준약관 제25조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(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 제 3 조(보상내용)에 따라 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제 3 조(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. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박 탑승

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 제 3 조(보상내용)에 따라 보상하며, K00 ~ K08 과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제 3 조(보상내용)에 따라 보상합니다). 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제 3 조(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 제 3 조(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」 제 9 조 제 1 항([별표

2]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 제 3 조(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 제 3 조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 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(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비

8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제 3 조(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」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비

11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

12. 증식치료로 인하여 발생하는 주사료 및 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생하는 약제비 또는 조영제에 해당하는 의료비

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료보험 특별약관

제1조(보장종목)

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

보상하는 내용
피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여주) 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 특별약관의 명칭에 '비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 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 실손의료보험 표준약관 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조(보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보상하는 사항

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 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.

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

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

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

④ 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 의료비는 보상하지 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 보상한도에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 보상금액을 차감한 잔여금액을 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)

↑	↑	↑	↑	↑
계약일 (2018.1.1)	계약해당일 (2019.1.1)	계약해당일 (2020.1.1)	계약종료일 (2020.12.31)	보상종료 (2021.6.29.)

⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 의료비를 계산합니다.

⑦ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보상합니다.

⑧ 제7항에서 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이란 기본형 실손의료보험 표준약관 제24조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 기본형 실손의료보험 표준약관 제25조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(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 제 3 조(보상내용)에 따라 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제 3 조(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. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박 탑승

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 제 3 조(보상내용)에 따라 보상하며, K00 ~ K08 과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제 3 조(보상내용)에 따라 보상합니다). 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제 3 조(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, 불임수

술, 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 제 3 조(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」 제 9 조 제 1 항([별표 2] 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 제 3 조(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 제 3 조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제 3 조(보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 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(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비

8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제 3 조(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」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비

11.「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

질병입원실손의료비출산확장보장 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

회사는 기본형 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (3)질병입원실손의료비 제 2 항 제 3 호에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제 7 차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99)로 입원하여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보장내용)의 (3)질병입원실손의료비에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(보상하지 않는 사항)

회사는 기본형 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (3)질병입원실손의료비에서 정한 사항(제 2 항 제 3 호는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 실손의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 불임에 따른 검사 및 시술
2. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
3. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제 3 조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 질병입원실손의료비의 보상한도는 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보장내용)의 (3)질병입원실손의료비 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

질병통원실손의료비출산확장보장 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

회사는 기본형 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (4)질병통원실손의료비 제 2 항 제 3 호에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제 7 차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99)로 통원하여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보장내용)의 (4)질병통원실손의료비에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(보상하지 않는 사항)

회사는 기본형 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (4)질병통원실손의료비에서 정한 사항(제 2 항 제 3 호는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 실손의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 불임에 따른 검사 및 시술
2. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
3. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제 3 조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 질병통원실손의료비의 보상한도는 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보장내용)의 (4)질병통원실손의료비 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

입원의료실비치과(비급여)보장 추가특별약관

가. 입원의료실비치과(비급여)보장 추가특별약관(기본형)

제 1 조(보장내용)

회사는 기본형 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해입원실손의료비 제 3 항 제 1 호 또는 (3)질병입원실손의료비 제 3 항 제 1 호에도 불구하고 피보험자가 치과병원 또는 치과의원에 입원하여 치과치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 실손의료비를 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보장내용)의 (1)상해입원실손의료비 또는 (3)질병입원실손의료비에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(보상하지 않는 사항)

회사는 기본형 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해입원실손의료비 또는 (3)질병입원실손의료비에서 정한 사항(제 3 항 제 1 호의 치과치료는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 실손의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 실손의료비

제 3 조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 상해입원실손의료비 또는 질병입원실손의료비의 보상한도는 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보장내용)의 (1)상해입원실손의료비 또는 (3)질병입원실손의료비 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

나. 입원의료실비치과(비급여)보장 추가특별약관(특약형)

제 1 조(보장내용)

회사는 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료보험 특별약관, 비급여 주사료 실손의료보험 특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료보험 특별약관(이하 '특약형 실손의료비보장 특별약관'이라 합니다.) 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 제 4 항 제 1 호에도 불구하고 피보험자가 치과병원 또는 치과의원에 입원하여 치과치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 실손의료비를 동 특별약관 제 3 조(보상내용)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(보상하지 않는 사항)

회사는 특약형 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항) (제 4 항 제 1 호의 치과치료는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 실손의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 실손의료비
2. 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원 또는 의원에 통원하여 발생한 실손의료비

제 3 조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 특약형 실손의료비의 보상한도는 동 특별약관 제 3 조(보상내용)의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비보장 특별약관 및 특약형 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

입원실손의료비한방(비급여)보장 추가특별약관

가. 입원의료실비한방(비급여)보장 추가특별약관(기본형)

제 1 조(보장내용)

회사는 기본형 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해입원실손의료비 제 3 항 제 1 호 또는 (3)질병입원실손의료비 제 3 항 제 1 호에도 불구하고 피보험자가 한방병원 또는 한방의원에 입원하여 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 실손의료비를 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보장내용)의 (1)상해입원실손의료비 또는 (3)질병입원실손의료비에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(보상하지 않는 사항)

회사는 기본형 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해입원실손의료비 또는 (3)질병입원실손의료비에서 정한 사항(제 3 항 제 1 호의 한방 치료는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 실손의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법 등) 및 차멀미, 비만, 금연 등 질병치료 이외의 목적으로 시술한 침술
2. 치료 목적이 아닌 단순한 건강증진을 위한 투약 및 첩약

제 3 조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 상해입원실손의료비 또는 질병입원실손의료비의 보상한도는 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보장내용)의 (1)상해입원실손의료비 또는 (3)질병입원실손의료비 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

나. 입원의료실비한방(비급여)보장 추가특별약관(특약형)

제 1 조(보장내용)

회사는 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료보험 특별약관, 비급여 주사료 실손의료보험 특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료보험 특별약관(이하 '특약형 실손의료비보장 특별약관'이라 합니다.) 제 4 조(보상하지 않는 사항)의 제 4 항 제 1 호에도 불구하고 피보험자가 한방병원 또는 한방의원에 입원하여 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 실손의료비를 동 특별약관 제 3 조(보상내용)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(보상하지 않는 사항)

회사는 특약형 실손의료비보장 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항) (제 4 항 제 1 호의 한방치료는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 실손의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법 등) 및 차멀미, 비만, 금연 등 질병치료 이외의 목적으로 시술한 침술
2. 치료 목적이 아닌 단순한 건강증진을 위한 투약 및 첩약
3. 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원 또는 의원에 통원하여 발생한 실손의료비

제 3 조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 특약형 실손의료비의 보상한도는 동 특별약관 제 3 조(보상내용)의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비보장 특별약관 및 특약형 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

국민건강보험비가입자 추가특별약관

제1조(적용대상)

이 추가특별약관의 피보험자는 기본형 실손의료비보장 특별약관에 가입한 피보험자 중 국민건강보험법의 적용을 받지 않는 자로 합니다.

제2조(계약후 알릴의무)

① 보험기간중에 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 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 정해진 보험료를 환급하여 드립니다.

제3조(보장내용)

기본형 실손의료비보장 특별약관의 제3조(보장종목별 보장내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 이 추가특별약관의 피보험자에 대해서는 국민건강보험 가입자와 동일하게 기본형 실손의료비보장 특별약관을 적용합니다. 다만, 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받지 못한 피보험자의 본인부담의료비는 이 추가특별약관에도 불구하고 기본형 실손의료비보장 특별약관 제3조(보장종목별 보장내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

기본형 실손의료비상해확장보장 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

① 회사는 기본형 실손의료비보장 특별약관에서 정한 상해(보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고)에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라고 합니다)로 인하여 보험기간 중 병원에 입원을 개시하여 치료를 받은 경우 또는 보험기간 중 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에도 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보장내용)의 (1)상해입원의료비 또는 (2)상해통원의료비 에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

② 제 1 항에도 불구하고 기본형 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고는 보상하지 않습니다.

③ 제 1 항의 사고로 최초로 입원개시한 날을 기본형 실손의료비보장 특별약관 제 3 조(보장종목별 보장내용)의 (1)상해입원의료비 제 4 항에서 정한 최초 입원일로 봅니다.

④ 제 1 항에서 갱신된 계약이라 함은 기본형 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 익일이내에 이 계약의 기본형 실손의료비보장 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

기본형 실손의료비질병확장보장 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

회사는 기본형 실손의료비보장 특별약관 제 3 조(보장종목별 보장내용)의 (3)질병입원실손의료비 제 2 항, 제 8 항, 제 9 항 및 제 10 항 또는 (4)질병통원실손의료비 제 5 항, 제 8 항, 제 9 항 및 제 10 항에도 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 동 특별약관 제 3 조(보장종목별 보장내용)의 (3)질병입원실손의료비 또는 (4)질병통원실손의료비에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

특약형 실손의료비확장보장 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

① 회사는 기본형 실손의료비보장 특별약관에서 정한 상해(보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고)에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고(이하「사고」라고 합니다)로 인하여 보험기간 중 병원에 입원을 개시하여 치료를 받은 경우 또는 보험기간 중 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에도 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료보험 특별약관, 비급여 주사료 실손의료보험 특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료보험 특별약관(이하 '특약형 실손의료비보장 특별약관'이라 합니다.) 제 3 조(보상내용)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

② 제 1 항에도 불구하고 특약형 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고는 보상하지 않습니다.

③ 제 1 항에서 갱신된 계약이라 함은 특약형 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 익일이내에 이 계약의 특약형 실손의료비보장 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다.

④ 회사는 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료보험 특별약관 제 3 조(보상내용) 제 5 항, 제 8 항, 제 9 항 및 제 10 항 또는 비급여 주사료 실손의료보험 특별약관 제 3 조(보상내용) 제 7 항, 제 10 항, 제 11 항 및 제 12 항 또는 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료보험 특별약관 제 3 조(보상내용) 제 4 항, 제 7 항, 제 8 항 및 제 9 항에도 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 동 특별약관 제 3 조(보상내용)에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비보장 특별약관 및 특약형 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

해외치료입원의료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 국내에서 입은 상해 또는 국내에서 발생한 질병으로 인하여 해외의료기관에 입원하여 의사(치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 한함)

의 치료를 받은 경우에는 하나의 상해 또는 하나의 질병당 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

② 제 1 항에도 불구하고 척추지압술(Chiroparactic, 추나요법 등)이나 침술(부황, 뜸 포함) 치료로 인한 의료비는 치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 의하여 치료를 받은 경우에 한하며, 하나의 상해 또는 하나의 질병에 대하여 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 US $1000.00 한도로 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항의 상해란 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로서 이를 증명하는 공적문서(경찰기록 등) 및 본 특별약관의 보험금 청구 대상 입원치료일 이전에 국내에서 동일한 상해의 치료를 목적으로 최초 내원한 의료기록이 있는 경우에 한하여 보상하여 드립니다.

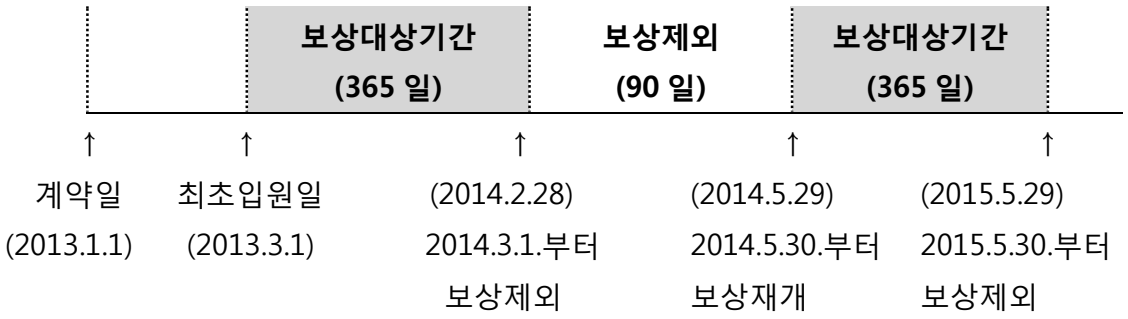
④ 제 1 항의 질병이란 보험기간 중 본 특별약관의 보험금 청구 대상 입원치료일 이전에 국내에서 동일한 질병(해외입의료기관에서 확정 진단되기전 동일 증세로 치료한 경우를 포함합니다.)으로 최초 내원한 의료기록이 있는 경우에 한하여 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

② 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2 회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다), 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2 회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비를 최초 입원일부터 365 일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 최초 입원일부터 365 일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90 일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해 또는 질병으로 보아 다시 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일부터 180 일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제 2 항은 적용하지 않습니다.

④ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

⑤ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.

⑥ 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 질병에서 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.

⑦ 제 6 항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라고 하더라도 청약일 이후 5 년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5 년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5 년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

⑧ 제 7 항의 '청약일 이후 5 년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제 25 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 보통약관 제 26 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제 7 항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 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 발생한 상해는 보상하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승

③ 회사는 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증 (N96~N98)
3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 비뇨기계 장애(N39, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62)

④ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 질병의 경우 치과치료, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비
2. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
3. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비

   가. 단순한 피로 또는 권태

   나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

   다. 발기부전(impotence)・불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제 9 조 제 1 항(【별표 2】 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용. 다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다.
6. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
7. 진료와 무관한 제비용(TV 시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
8. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비. 다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특수운동중상해실손의료비보장 추가특별약관

제 1 조(적용특칙)

동 추가특별약관은 기본형 실손의료비보장 특별약관 제1조(담보종목)의 상해입원형과 상해통원형, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료보험 특별약관, 비급여 주사료 실손의료보험 특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료보험 특별약관(이하 '특약형 실손의료비보장 특별약관'이라 합니다.)을 모두 가입한 계약에 한하여 적용합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 기본형 실손의료비보장 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해입원 제2항 제1호, (2)상해통원 제2항 제1호 및 특약형 실손의료비보장 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항) 제2항 제1호에도 불구하고, 피보험자가 보험기간 중에 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다.),

글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 활동으로 인하여 생긴 상해로 병원에 입원하여 치료를 받은 경우 또는 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 기본형 실손의료비보장 특별약관 제3조(담보종목별 보장내용)의 (1)상해입원, (2)상해통원 및 특약형 실손의료비보장 특별약관 제3조(보상내용)에서 정한 바에 따라 보상합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비보장 특별약관 및 특약형 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

특수운전중상해실손의료비보장 추가특별약관

제 1 조(적용특칙)

동 추가특별약관은 기본형 실손의료비보장 특별약관 제1조(담보종목)의 상해입원형과 상해통원형, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료보험 특별약관, 비급여 주사료 실손의료보험 특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료보험 특별약관(이하 '특약형 실손의료비보장 특별약관'이라 합니다.)을 모두 가입한 계약에 한하여 적용합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 기본형 실손의료비보장 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해입원 제2항 제2호, (2)상해통원 제2항 제2호 및 특약형 실손의료비보장 특별약관 제2항 제2호에도 불구하고, 피보험자가 보험기간 중에 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다.) 또는 시운전 행위로 인하여 생긴 상해로 병원에 입원하여 치료를 받은 경우 또는 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 기본형 실손의료비보장 특별약관 제3조(담보종목별 보장내용)의 (1)상해입원 및 (2)상해통원 및 특약형 실손의료비보장 특별약관 제3조(보상내용)에서 정한 바에 따라 보상합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비보장 특별약관 및 특약형 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

【별표 1】 장해분류표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 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 5 년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

2. 신체부위

'신체부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13 개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 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.

□ 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) 〃 0.06 〃	25
5) 〃 0.1 〃	15
6) 〃 0.2 〃	5
7) 한 눈의 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 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 측정한다.
2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각')를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1 년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.
5) '안구의 뚜렷한 운동장해'라 함은 안구의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시(두 눈으로 하나의 사물을 보는 것)에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) '안구의 뚜렷한 조절기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45 세 이상의 경우에는 제외한다.
7) '시야가 좁아진 때'라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.

9) '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.

10) 외상이나 화상 등으로 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 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.

11) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 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

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB: decibel)로서 표시하고 3 회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.

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 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2 미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

1) '코의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 또는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14 개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7 개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5 개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니와 아랫니의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 다음 4 종의 어음 중 3 종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
   ① 양순음/입술소리(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
   ② 치조음/잇몸소리(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
   ③ 구개음/입천장소리(ㄱ, ㅈ, ㅊ)
   ④ 후두음/목구멍소리(ㅇ, ㅎ)
6) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 위 5)의 4 종의 어음 중 2 종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 위 5)의 4 종의 어음 중 1 종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상에 따른 실어증도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절(깨짐, 부러짐)된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 후유장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 의치의 결손은 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 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.

3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴

① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)

③ 지름 5cm 이상의 조직함몰

④ 코의 1/2 이상 결손

2) 머리

① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)

② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)

③ 지름 2cm 이상의 조직함몰

④ 코의 1/4 이상 결손

2) 머리

① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손

② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12 세 이상의 성인에서는 8×10 ㎝(1/2 크기는 40 ㎠, 1/4 크기는 20 ㎠), 6~11 세의 경우는 6×8 ㎝(1/2 크기는 24 ㎠, 1/4 크기는 12 ㎠), 6 세 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 2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때 3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	40 30 10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때 5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때 6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	50 30 15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크) 8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크) 9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	20 15 10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일한 부위로 한다.

2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

3) 심한 운동장해

척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

4) 뚜렷한 운동장해

① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제 1, 2 목뼈) 사이에 뚜렷한 이상전위가 있을 때

5) 약간의 운동장해

척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

6) 심한 기형

척추의 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

7) 뚜렷한 기형

척추의 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

8) 약간의 기형

1 개 이상의 척추의 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

9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 추간판을 2 마디 이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2 회 이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1 마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우

12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) ‘체간골’이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 같은 부위로 한다.

2) ‘골반뼈의 뚜렷한 기형’이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에게 정상분만에 지장을 줄 정도로 골반의 변형이 남은 상태
② 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우

3) ‘빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때’라 함은 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

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 3 대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3 대 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 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해는 장해보상을 하지 않는다.
3) '팔'이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) '팔의 3 대 관절'이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3 대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) '영구적 신체장해 평가지침'의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) '기능을 완전히 잃었을 때'라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 '0 등급(Zero)'인 경우
   나) '심한 장해'라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 '1 등급(Trace)'인 경우

다) '뚜렷한 장해'라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) '약간의 장해'라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

7) '가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2 개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1 상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

2) 한 팔의 3 대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 3 대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3 대 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해는 장해보상을 하지 않는다.
3) '다리'라 함은 엉덩이관절[股關節]부터 발목관절까지를 말한다.
4) '다리의 3 대 관절'이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 하지의 3 대 관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) '영구적 신체장해 평가지침'의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) '기능을 완전히 잃었을 때'라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 '0 등급(Zero)'인 경우
   나) '심한 장해'라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 '1 등급(Trace)'인 경우
   다) '뚜렷한 장해'라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) '약간의 장해'라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) '가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2 개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골 내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상인 쪽 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.
다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 스캐노그램(scanogram)으로 다리의 단축 정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1 하지(다리와 발가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3 대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5 개 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 5 개 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) 손가락에는 첫째 손가락에 2 개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3 개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼛조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.

5) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신(굽히고 펴기)운동가능영역으로 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에서는 제 1, 제 2 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5 개 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 5 개 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) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 발가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락관절의 굴신(굽히고 펴기)기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉.복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장이나 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가대상으로 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 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 가해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매: CDR 척도 5 점	100
6) 심한 치매: CDR 척도 4 점	80
7) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3 점	60
8) 약간의 치매: CDR 척도 2 점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

① '신경계에 장해를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'의 5 가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

② 위 ①의 경우 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6 개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다.
그러나 6 개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6 개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 위의 정신행동장해지급률에 미치지 않는 장해는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입고 나서 24 개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 다만, 상해를 입은 후 의식상실이 1 개월 이상 지속된 경우에는 상해를 입고 나서

18 개월이 지난 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 전문적 치료를 충분히 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 전문의가 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신건강의학과나 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정이나 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들(뇌 SPECT 등)
- 정신건강의학과나 신경정신과 전문의가 아닌 자가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 사람)은 생명유지를 위한 동작과 행동이 불가능하거나 지속적으로 감금해야 하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① '치매'라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 위의 기질성 장해로 파괴되어 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

① '간질'이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

② ‘심한 간질 발작’이라 함은 월 8 회 이상의 중증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ ‘뚜렷한 간질 발작’이라 함은 월 5 회 이상의 중증발작 또는 월 10 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ ‘약간의 간질 발작’이라 함은 월 1 회 이상의 중증발작 또는 월 2 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ ‘중증발작’이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3 분 이상 지속되는 발작을 말한다.

⑥ ‘경증발작’이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3 분 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(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는(절뚝거리는) 상태, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 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(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2 시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

【별표 2】과로사관련 특정질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 과로사관련 특정질병으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류코드
바이러스 간염	B15~B19
고혈압성 심장병	I11
고혈압성 심장 및 신장병	I13
급성 심근경색증	I21
협심증	I20
지주막하 출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62
뇌경색증	I63
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
고혈압성 뇌병증	I67.4
간의 질환	K70~K77

- 제 8 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 과로사관련 특정질병에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 분류번호 K70 ~ K77 에 해당하는 간질환중 간암에 대해서는 보장하지 않습니다.

【별표 3】 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 ~ C14
소화기관의 악성신생물(암)	C15 ~ C26
호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 ~ C39
골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 ~ C41
흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43 ~ C44
중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 ~ C49
유방의 악성신생물(암)	C50
여성생식기관의 악성신생물(암)	C51 ~ C58
남성생식기관의 악성신생물(암)	C60 ~ C63
요로의 악성신생물(암)	C64 ~ C68
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)	C69 ~ C72
갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73 ~ C75
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 ~ C80
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 ~ C96
독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
진성 적혈구 증가증	D45
골수 형성이상 증후군	D46
만성 골수증식 질환	D47.1
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
골수섬유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병	D47.5

제 8 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 4】 제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리암(상피내암)으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리의 흑색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

제 8 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제 8 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 6】 임신, 출산 및 산후기 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 임신, 출산 및 산후기로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 유산된 임신	O00 ~ O08
2. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	O10 ~ O16
3. 주로 임신과 관련된 기타 산모 장애	O20 ~ O29
4. 태아와 양막강 및 가능한 분만문제에 관련된 산모 관리	O30 ~ O48
5. 진통 및 분만의 합병증	O60 ~ O75
6. 분만	O80 ~ O84
7. 주로 산후기에 관련된 합병증	O85 ~ O92
8. 달리 분류되지 않은 기타 산과학적 병태	O94 ~ O99

제 8 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기질병 이외에 약관에서 규정하는 임신, 출산 및 산후기에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 7】 특정암(남자 3 대암/여자특정암) 분류표

약관에 규정하는 특정암으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구 분	대 상 악 성 신 생 물	분류번호
남 자 (3 대암)	위의 악성 신생물	C16
	간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	담낭의 악성 신생물	C23
	담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	기관의 악성 신생물	C33
	기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
여 자 (여성특정암)	유방의 악성 신생물	C50
	외음의 악성 신생물	C51
	질의 악성 신생물	C52
	자궁경부의 악성 신생물	C53
	자궁체부의 악성 신생물	C54
	자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
	난소의 악성 신생물	C56
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
	태반의 악성 신생물	C58

제 8 차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 7-1】 여성 3 대암 분류표

약관에 규정하는 여성 3 대암으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
위의 악성신생물	C16
유방의 악성신생물	C50
자궁경부의 악성신생물	C53
자궁체부의 악성신생물	C54
자궁의 상세불명 부분의 악성신생물	C55
난소의 악성신생물	C56
태반의 악성신생물	C58

제 8 차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 8】 수술분류표

수 술 종 류	
피부·유방의 수술 (皮膚,乳房의 手術)	1. 피부이식수술(植皮術) (25cm^2 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(鼻骨, 코뼈) 비중격(鼻骨 鼻中隔)은 제외함〕 6. 비골(鼻骨, 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. 후두전적제술(喉頭全摘除術) 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)

수 술 종 류	
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. 비적제술(脾摘除術)
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) 【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】

수 술 종 류	
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. 자궁광범전적제술(子宮廣汎全摘除術) 【 단순 자궁 전 절제술(單純子宮 全切除術)등의 자궁전적제술(子宮全摘除術)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 人工妊娠中絶術)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. 하수체종양적제술(下垂體腫瘍摘除術) 54. 갑상선수술(甲狀腺手術) 55. 부신전적제술(副腎全摘除術)
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)

수 술 종 류	
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 안와내이(속귀)물제거술(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 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.】 72. 안구적제술 조직충전술(眼球摘除術,組織充塡術) 73. 안와종양적출술(眼窩腫瘍摘出術) 74. 안근이식술(眼筋移植術)
감각기·청기의 수술 (感覺器·聽器의 手術)	75. 관혈적고막 고실형성술(觀血的鼓膜 鼓室型成術) 76. 유양동삭개술(乳樣洞削開術) 77. 중이(가운데귀)근본수술(中耳根本手術) 78. 내이(속귀) 관혈수술(內耳 觀血手術) 79. 청신경종양적출술(聽神經腫瘍 摘出術)
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 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.】 82. 기타의 악성신생물(암)수술(惡性新生物手術)

수 술 종 류	
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 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.】
상기이외의 수술 (上記 以外의 手術)	87. Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter 에 의한 뇌후 두 흉부 복부 장기수술(腦喉頭 가슴 배藏器手術) 【검사 처치는 포함하지 않음. 수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 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 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

【 비 고 】

- 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.

【별표 9】 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서

1. 도로교통법 제 5 조의 규정에 의한 신호기 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호나 통행의 금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시에 위반하여 운전한 경우
2. 도로교통법 제 13 조제 3 항의 규정에 위반하여 중앙선을 침범하거나 동법 제 62 조의 규정에 위반하여 횡단·유턴 또는 후진한 경우
3. 도로교통법 제 17 조제 1 항 또는 제 2 항의 규정에 의한 제한속도를 매시 20 킬로미터를 초과하여 운전한 경우
4. 도로교통법 제 21 조제 1 항·제 22 조·제 23 조 또는 제 60 조제 2 항의 규정에 의한 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지에 위반하여 운전한 경우
5. 도로교통법 제 24 조의 규정에 의한 건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제 27 조제 1 항의 규정에 의한 횡단보도에서의 보행자보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제 43 조제 1 항, 건설기계관리법 제 26 조 또는 도로교통법 제 96 조의 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 제 44 조제 1 항의 규정에 위반하여 주취중에 운전을 하거나 동법 제 45 조의 규정에 위반하여 약물의 영향으로 정상한 운전을 하지 못할 염려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 도로교통법 제 13 조제 1 항의 규정에 위반하여 보도가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 동법 제 13 조제 2 항의 규정에 의한 보도횡단방법에 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제 39 조제 2 항의 규정에 의한 승객의 추락방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 「도로교통법」 제 12 조제 3 항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제 1 항에 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.

【별표 10】 누적외상성질환(VDT 증후군) 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 누적외상성질환으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류코드
근육장애	M60 ~ M63
윤활막 및 힘줄장애	M65 ~ M68
결합조직의 기타 전신침범	M35
기타 연조직장애	M70 ~ M79
기타 관절연골장애, 인대장애	M24.1, M24.2
관절통, 달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.5, M25.6
팔의 단일신경병증	M53.1
	G56

제 8 차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 누적외상성질환에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 11】 전자파관련 특정암 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 전자파관련 특정암으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81 ~ C96

제 8 차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 전자파관련 특정암에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 12】 급성심근경색증 및 뇌졸중

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증 및 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병		표준질병 사인분류
급성심근 경색증	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
뇌졸중	지주막하 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

제 8 차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 급성심근경색증 및 뇌졸중에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 13】 소아 3 대암 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 소아 3 대암으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류코드
뇌수막의 악성 신생물	C70.0
뇌의 악성 신생물	C71
기타 및 상세불명의 뇌신경 악성 신생물	C72.5
뇌 및 중추신경계의 기타 부분의 중복병변 악성 신생물	C72.8
상세불명의 중추신경계 악성 신생물	C72.9
호지킨림프종(Hodgkin's)	C81
소포성 림프종	C82
비소포성 림프종	C83
성숙 T/NK-세포 림프종	C84
기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
악성 면역증식성 질환	C88
다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
림프성 백혈병	C91
골수성 백혈병	C92
단핵구성 백혈병	C93
명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
상세불명 세포형의 백혈병	C95
림프, 조혈 및 관련조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
만성 골수증식질환	D47.1
만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

위의 C70.0, C72.5, C72.8, C72.9 는 뇌암은 아니나 민원발생의 소지가 많으므로 대상에 포함시킵니다.

제 8 차 개정이후 한국표준사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 14】 식중독 분류표

식중독이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
기타 살모넬라 감염	A02
시겔라증	A03
기타 세균성 장 감염	A04
달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
아메바증	A06
기타 원충성 장 질환	A07
바이러스 및 기타 명시된 장 감염	A08
해산물로 섭취한 유해물질의 독성효과	T61
식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독성효과	T62

제 8 차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 15】 골절 분류표

① 약관에서 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류코드
두개골 및 안면골의 골절	S02
머리의 으깸손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
아래팔의 골절	S52
손목 및 손 부분에서의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체부위를 침범한 골절	T02
척추의 상세불명 부위의 골절	T08
팔의 상세불명 부위의 골절	T10
다리의 상세불명 부위의 골절	T12
상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제 8 차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

② 위의 골절분류코드에서 치아의 파절 및 파절치 (분류코드 S02.5)에 해당하는 상병을 '치아파절'이라 말합니다.

【별표 16】 화상 분류표

약관에서 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류코드
머리 및 목의 화상 및 부식	T20
체간의 호상 및 부식	T21
손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
손목 및 손의 화상 및 부식	T23
발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
발목 및 발의 화상 및 부식	T25
눈 및 눈부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
기도의 화상 및 부식	T27
기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
포함된 신체 표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
포함된 신체 표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타장해	L59

제 8 차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 17】 특정전염병 분류표

대상전염병		분류기호
	콜레라	A00
	장티푸스	A01.0
	파라티푸스	A01.1 ~ A01.4
	상세불명의 시겔라증	A03.9
	장출혈성 대장균감염	A04.3
	페스트	A20
	파상풍	A33 ~ A35
	디프테리아	A36
	백일해	A37
	급성 회색질척수염	A80
	일본뇌염	A83.0
	홍역	B05
	풍진	B06
	볼거리	B26
	탄저병	A22
	브루셀라병	A23
	렙토스피라병	A27
	성홍열	A38
	수막구균 수막염	A39.0
	기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
	재향군인병	A48.1 ~ A48.2
	발진티푸스	A75 (A75.2, A75.3 제외)
	광견병	A82
	신장증후군을 동반한 출혈열	A98.5
	말라리아	B50 ~ B54

【별표 18】 고액치료비암 분류표

약관에 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계의 기타 부분의 악성신생물	C70~C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 기타 및 상세불명의 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병	D47.5

제 8 차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 19】 과로사 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병 사인 분류에 있어서 뇌혈관질환 내지 심질환으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

질 병	분류번호
고혈압성 심장병	I11
고혈압성심장 및 신장병	I13
급성심근경색증	I21
협심증	I20
지주막하 출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62
뇌경색증	I63
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
고혈압성 뇌병증	I67.4

제 8 차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 이 특별약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 20】 마라톤관련 특정질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병 사인 분류에 있어서 마라톤활동관련으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
▷ 급성심근경색증	
급성심근경색	I 21
후속심근경색증	I 22
급성 심근경색증 후 특정 현재 합병증	I 23
기타 급성 허혈성 심장질환	I 24
▷ 뇌출혈, 뇌경색	
- 대뇌혈관질환	
지주막하 출혈	I 60
뇌내출혈	I 61
기타 비외상성 머리내 출혈	I 62
뇌경색(증)	I 63
▷ 열사병 및 일사병등	T 67.0 ~ T 67.7
▷ 저체온증	T 68

제 8 차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 마라톤활동관련 질병에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 21】 치매 분류표

「치매로 진단확정되다」는 것은 다음의 1.과 2.에 모두 해당되는 「치매」임을 의사의 자격을 가진 자에 의해서 진단 확정받는 경우를 말함.

1. 뇌속에 후천적으로 생긴 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우

2. 정상적으로 성숙한 뇌가 1.에 의한 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

여기에서 「치매」란 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)증 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
Ⅰ. 알츠하이머병에서의 치매	F00
Ⅱ. 혈관성 치매	F01
Ⅲ. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
Ⅳ. 상세불명의 치매	F03
Ⅴ. 치매에 병발된 섬망	F05.1

제 8 차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 치매 질병에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 22】 급성심근경색증 및 뇌출혈

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증 및 뇌출혈으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병		표준질병 사인분류
급성심근경색증	급성 심근경색증 후속심근경색증 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I21 I22 I23
뇌출혈	지주막하 출혈 뇌내출혈 기타 비외상성 두개내 출혈	I60 I61 I62

제 8 차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 급성심근경색증 및 뇌출혈에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 23】 산재장해분류표

장해등급	장해의 분류
제 1 급	1. 두 눈이 실명된 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능을 모두 영구적으로 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 항상 간병을 받아야 하는 사람 4. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 항상 간병을 받아야 하는 사람 5. 두 팔을 팔꿈치관절이상에서 잃은 사람 6. 두 팔을 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람 7. 두 다리를 무릎관절이상에서 잃은 사람 8. 두 다리를 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람
제 2 급	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.02 이하로 된 사람 2. 두 눈의 시력이 각각 0.02 이하로 된 사람 3. 두 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람 4. 두 다리를 발목관절이상에서 잃은 사람 5. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 수시로 간병을 받아야 하는 사람 6. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 수시로 간병을 받아야 하는 사람
제 3 급	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능을 영구적으로 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람 4. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람 5. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
제 4 급	1. 두 눈의 시력이 각각 0.06 이하로 된 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 3. 고막의 전부의 결손이나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 4. 한 팔을 팔꿈치관절이상에서 잃은 사람 5. 한 다리를 무릎관절이상에서 잃은 사람 6. 두 손의 손가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 7. 두 발을 리스푸랑관절이상에서 잃은 사람

장해등급	장해의 분류
제 5 급	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람 2. 한 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람 3. 한 다리를 발목관절이상에서 잃은 사람 4. 한 팔을 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람 5. 한 다리를 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람 6. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 7. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 8. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람
제 6 급	1. 두 눈의 시력이 각각 0.1 이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 3. 고막의 대부분의 결손이나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력이 모두 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 4. 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고 다른 귀의 청력이 40 센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 5. 척주에 뚜렷한 기형이나 뚜렷한 기능장해가 남은 사람 6. 한 팔의 3 대 관절중 2 개 관절이 제대로 못쓰게 된 사람 7. 한 다리의 3 대 관절중 2 개 관절이 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한손의 5 개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4 개의 손가락을 잃은 사람
제 7 급	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 2. 두 귀의 청력이 모두 40 센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 3. 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고 다른 귀의 청력이 1 미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 4. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장해가 남아 손쉬운 노무외에는 종사하지 못하는 사람 5. 흉복부장기의 기능에 장해가 남아 손쉬운 노무외에는 종사하지 못하는 사람 6. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3 개이상의 손가락을 잃은 사람 7. 한 손의 5 개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4 개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람

장해등급	장해의 분류
	8. 한 발을 리스푸랑관절이상에서 잃은 사람 9. 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람 10. 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람 11. 두 발의 발가락이 모두 제대로 못쓰게 된 사람 12. 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 사람 13. 양쪽 고환을 잃은 사람
제 8 급	1. 한 눈이 실명되거나 한 눈의 시력이 0.02 이하로 된 사람 2. 척주에 경도의 기형이나 기능장해가 남은 사람 3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2 개의 손가락을 잃은 사람 4. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3 개이상의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 5. 한 다리가 5 센티미터이상 짧아진 사람 6. 한 팔의 3 대 관절중 1 개 관절이 제대로 못쓰게 된 사람 7. 한 다리의 3 대 관절중 1 개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 팔에 가관절이 남은 사람 9. 한 다리에 가관절이 남은 사람 10. 한 발의 5 개의 발가락을 모두 잃은 사람 11. 비장 또는 한쪽의 신장을 잃은 사람
제 9 급	1. 두 눈의 시력이 각각 0.6 이하로 된 사람 2. 한 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 3. 두 눈에 모두 반맹증, 시야협착 또는 시야변상이 남은 사람 4. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 5. 코가 결손되어 그 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 6. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 장해가 남은 사람 7. 두 귀의 청력이 모두 1 미터이상의 거리에서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 8. 한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하고 다른 귀의 청력이 1 미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 9. 한 귀의 청력을 영구적으로 완전히 잃은 사람 10. 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2 개의 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3 개의 손가락을 잃은 사람

장해등급	장해의 분류
	11. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2 개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 한 발의 엄지발가락을 포함하여 2 개이상의 발가락을 잃은 사람 13. 한 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 14. 생식기에 뚜렷한 장해가 남은 사람 15. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장해가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 사람 16. 흉복부장기의 기능에 장해가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 사람
제 10 급	1. 한 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 장해가 남은 사람 3. 14 개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 4. 한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 5. 두 귀의 청력이 모두 1 미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 6. 척주에 기능장해가 남았으나 보존적 요법으로 치유된 사람 7. 한 손의 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 2 개의 손가락을 잃은 사람 8. 한손의 엄지손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2 개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3 개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 9. 한 다리가 3 센티미터이상 짧아진 사람 10. 한 발의 엄지발가락 또는 그외의 4 개의 발가락을 잃은 사람 11. 한 팔의 3 대 관절중 1 개 관절의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 12. 한 다리의 3 대 관절중 1 개 관절의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람
제 11 급	1. 두 눈이 모두 안구의 조절기능에 뚜렷한 장해가 남거나 또는 뚜렷한 운동기능 장해가 남은 사람 2. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람 3. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 4. 한 귀의 청력이 40 센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 5. 척주에 기형이 남은 사람 6. 한 손의 가운데손가락 또는 넷째손가락을 잃은 사람

장해등급	장해의 분류
	7. 한 손의 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 2 개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 발의 엄지발가락을 포함하여 2 개이상의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 9. 흉복부장기에 기능에 장해가 남은 사람 10. 10 개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 11. 두 귀의 청력이 모두 1 미터이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람
제 12 급	1. 한 눈의 안구의 조절기능에 뚜렷한 장해가 남거나 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람 2. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람 3. 7 개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 4. 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 사람 5. 쇄골, 흉골(복장뼈), 늑골(갈비뼈), 견갑골(어깨뼈) 또는 골반골에 뚜렷한 기형이 남은 사람 6. 한 팔의 3 대 관절중의 1 개 관절의 기능에 장해가 남은 사람 7. 한 다리의 3 대 관절중의 1 개 관절의 기능에 장해가 남은 사람 8. 장관골에 기형이 남은 사람 9. 한 손의 가운데손가락 또는 넷째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 10. 한 발의 둘째발가락을 잃은 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2 개의 발가락을 잃은 사람 또는 가운데발가락이하의 3 개의 발가락을 잃은 사람 11. 한 발의 엄지발가락 또는 그외의 4 개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 국부에 완고한 신경증상이 남은 사람 13. 외모에 흉터가 남은 사람
제 13 급	1. 한 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 2. 한 눈에 반맹증, 시야협착 또는 시야변상이 남은 사람 3. 두 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 4. 5 개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 5. 한 손의 새끼손가락을 잃은 사람 6. 한 손의 엄지손가락의 지골의 일부를 잃은 사람 7. 한 손의 둘째손가락의 지골의 일부를 잃은 사람 8. 한 손의 둘째손가락의 말관절을 굽히고 펼 수 없게 된 사람 9. 한 다리가 1 센티미터이상 짧아진 사람

장해등급	장해의 분류
	10. 한 발의 가운데발가락이하의 1 개 발가락 또는 2 개의 발가락을 잃은 사람 11. 한발의 둘째발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2 개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 가운데발가락이하의 3 개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 흉부장기에 진폐증의 소견이 있는 사람
제 14 급	1. 한 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 2. 3 개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 3. 팔의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 4. 다리의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 5. 한 손의 새끼손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 6. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락의 지골의 일부를 잃은 사람 7. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락의 말관절을 굽히고 펼 수 없게 된 사람 8. 한 발의 가운데발가락이하의 1 개 또는 2 개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 9. 국부에 신경증상이 남은 사람 10. 한 귀의 청력이 1 미터이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람

<참고>

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

2. 손가락을 잃은 것이란 엄지손가락에 있어서는 지관절, 기타의 손가락에 있어서는 제 1 지관절이상을 잃은 경우를 말한다.

3. 손가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 손가락의 말단의 2 분의 1 이상을 잃거나 중수지절관절 또는 제 1 지관절(엄지손가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동기능장해가 남은 경우를 말한다.

4. 발가락을 잃은 것이란 발가락의 전부를 잃은 경우를 말한다.

5. 발가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 엄지발가락에 있어서는 말절의 2 분의 1 이상을 기타의 발가락에 있어서는 말관절이상을 잃은 경우 또는 중족지절관절 또는 제 1 지관절(엄지발가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동기능장해가 남은 경우를 말한다.

【별표 24】 허혈성심장질환 및 뇌혈관질환

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심장질환 및 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병		표준질병 사인분류
허혈성심장질환	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
뇌혈관질환	지주막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 머리내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌중풍	I64
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	기타 뇌혈관 질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69

제 8 차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 허혈성심징질환 및 뇌혈관질환에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 25】 급성심근경색증 및 뇌혈관질환

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증 및 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병		표준질병 사인분류
급성심근경색증	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
뇌혈관질환	지주막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 머리내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌중풍	I64
	대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
	대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
	기타 뇌혈관 질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69

제 8 차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 급성심근경색증 및 뇌혈관질환에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 26】 연구활동종사자 관련 후유장해 지급률표

등급	지급률	장해의 분류
1 급	100%	- 두 눈이 실명된 사람 - 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 - 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 항상 보호를 받아야 하는 사람 - 흉복부장기에 뚜렷한 장해가 남아 항상 보호를 받아야 하는 사람 - 반신마비가 된 사람 - 두 팔을 팔꿈치관절이상에서 잃은 사람 - 두 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 - 두 다리를 무릎관절이상에서 잃은 사람 - 두 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람
2 급	90%	- 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.02 이하로 된 사람 - 두 눈의 시력이 각각 0.02 이하로 된 사람 - 두 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람 - 두 다리를 발목관절이상에서 잃은 사람 - 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 수시로 보호를 받아야 하는 사람 - 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 수시로 보호를 받아야 하는 사람
3 급	80%	- 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 - 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 - 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람 - 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람 - 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
4 급	70%	- 두 눈의 시력이 각각 0.06 이하로 된 사람 - 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 - 고막의 전부의 결손이나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 - 한 팔을 팔꿈치관절이상에서 잃은 사람

등급	지급률	장해의 분류
		- 한 다리를 무릎관절이상에서 잃은 사람 - 두 손의 손가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 - 두 발을 족근중족관절이상에서 잃은 사람
5 급	60%	- 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람 - 한 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람 - 한 다리를 발목관절이상에서 잃은 사람 - 한 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 - 한 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람 - 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 - 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 - 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람
6 급	50%	- 두 눈의 시력이 각각 0.1 이하로 된 사람 - 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 - 고막의 대부분의 결손이나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력이 모두 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고는 큰 말소리를 알아듣지 못하는 사람 - 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고, 다른 귀의 청력이 40 센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 - 척추에 뚜렷한 기형이나 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 - 한 팔의 3 대 관절중의 2 개 관절이 못쓰게 된 사람 - 한 다리의 3 대 관절중의 2 개 관절이 못쓰게 된 사람 - 한 손의 5 개 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4 개의 손가락을 잃은 사람

등급	지급률	장해의 분류
7 급	40%	- 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 - 두 귀의 청력이 모두 40 센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 - 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고, 다른 귀의 청력이 1 미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 - 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 - 흉복부장기의 기능에 장해가 남아 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 - 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3 개이상의 손가락을 잃은 사람 - 한 손의 5 개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4 개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한 발을 족근중족관절이상에서 잃은 사람 - 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 - 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 - 두 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 - 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 여자 - 양쪽의 고환을 잃은 사람
8 급	30%	- 한 눈의 시력이 0.02 이하로 된 사람 - 척추에 운동장해가 남은 사람 - 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2 개의 손가락을 잃은 사람 - 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3 개이상의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한 다리가 5 센티미터이상 짧아진 사람 - 한 팔의 3 대 관절중 1 개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한 다리의 3 대 관절중 1 개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한 팔에 가관절이 남은 사람 - 한 다리에 가관절이 남은 사람 - 한 발의 발가락을 모두 잃은 사람 - 비장 또는 한쪽의 신장을 잃은 사람

등급	지급률	장해의 분류
9 급	22.50%	- 두 눈의 시력이 각각 0.6 이하로 된 사람 - 한 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 - 두 눈에 반맹증.시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 - 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 - 코가 결손되어 그 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 - 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 장해가 남은 사람 - 두 귀의 청력이 모두 1 미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 - 한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고는 큰 말소리를 알아듣지 못하고 다른 귀의 청력이 1 미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 - 한귀의 청력을 완전히 잃은 사람 - 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2 개의 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3 개의 손가락을 잃은 사람 - 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2 개이상의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한 발의 엄지발가락을 포함하여 2 개이상의 발가락을 잃은 사람 - 한 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 - 생식기에 뚜렷한 장해가 남은 사람 - 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장해가 남아 종사할 수 있는 노무가 상당한 정도로 제한된 사람 - 흉복부장기의 기능에 장해가 남아 종사할 수 있는 노무가 상당한 정도로 제한된 사람
10 급	18.75%	- 한 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람 - 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 장해가 남은 사람 - 14 치이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 - 한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고는 큰 말소리를 알아 듣지 못하는 사람 - 두 귀의 청력이 모두 1 미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣는데 지장이 있는 사람 - 한 손의 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째 손가락외의 2 개의 손가락을 잃은 사람 - 한 손의 엄지손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2 개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3 개의 손가락

등급	지급률	장해의 분류
		을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한 다리가 3 센티미터이상 짧아진 사람 - 한 발의 엄지발가락 또는 그 외의 4 개의 발가락을 잃은 사람 - 한 팔의 3 대 관절중의 1 개 관절의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 - 한 다리의 3 대 관절중의 1 개 관절의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람
11 급	15%	- 두 눈이 모두 근접반사기능에 뚜렷한 장해가 남거나 또는 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 - 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 - 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 - 한 귀의 청력이 40 센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 - 척추에 기형이 남은 사람 - 한손의 가운데 손가락 또는 넷째손가락을 잃은 사람 - 한 손의 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 2 개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한발의 엄지발가락을 포함하여 2 개이상의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 - 흉복부장기의 기능에 장해가 남음 사람 - 10 치이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 -두 귀의 청력이 모두 1 미터이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람
12 급	12.50%	- 한 눈의 근접반사기능에 뚜렷한 장해가 있거나 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 - 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 - 7 치이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 - 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 사람 - 쇄골・흉골(복장뼈)・늑골(갈비뼈)・견갑골(어깨뼈) 또는 골반골에 뚜렷한 기형이 남은 사람 - 한 팔의 3 대 관절중의 1 개 관절의 기능에 장해가 남은 사람 - 한 다리의 3 대 관절중의 1 개 관절의 기능에 장해가 남은 사람 - 장관골에 기형이 남은 사람 - 한 손의 가운데손가락 또는 넷째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람

등급	지급률	장해의 분류
		- 한 발의 둘째발가락을 잃은 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2 개의 발가락을 잃은 사람 또는 가운데발가락이하의 3 개의 발가락을 잃은 사람 - 한 발의 엄지발가락 또는 그 외의 4 개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 - 국부에 완연한 신경증상이 남은 사람 - 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 남자 - 외모에 흉터가 남은 여자
13 급	10%	- 한 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 - 한 눈에 반맹증・시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 - 두 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 - 5 치이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 - 한 손의 새끼손가락을 잃은 사람 - 한 손의 엄지손가락의 마디뼈의 일부를 잃은 사람 - 한 손의 둘째손가락의 마디뼈의 일부를 잃은 사람 - 한 손의 둘째손가락의 끝관절을 굽히고 펼 수 없게 된 사람 - 한 다리가 1 센티미터이상 짧아진 사람 - 한 발의 가운데발가락이하의 1 개 또는 2 개의 발가락을 잃은 사람 - 한 발의 둘째발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2 개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 가운데발가락이하의 3 개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람
14 급	6.25%	- 한 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 - 3 치이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 - 팔의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 - 다리의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 - 한 손의 새끼손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락의 마디뼈의 일부를 잃은 사람 - 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락의 끝관절을 제대로 못쓰게 된 사람 - 한 발의 가운데 발가락이하의 1 개 또는 2 개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 - 국부에 신경증상이 남은 사람 - 외모에 흉터가 남은 남자 - 한 귀의 청력이 1 미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사

등급	지급률	장해의 분류
		람

비고

1. 시력의 측정은 국제식 시력표에 의하며, 굴절이상이 있는 사람에 대하여는 원칙적으로 교정시력을 측정한다.
2. 손가락을 잃은 것이란 엄지손가락에 있어서는 지관절, 기타의 손가락에 있어서는 제 1 관절이상을 잃은 경우를 말한다.
3. 손가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 손가락의 밀단의 2 분의 1 이상을 잃거나 중수지관절 또는 제 1 지관절(엄지손가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동장해가 남은 경우를 말한다.
4. 발가락을 잃은 것이란 발가락의 전부를 잃은 경우를 말한다.
5. 발가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 엄지발가락에 있어서는 말절의 2 분의 1 이상, 기타의 발가락에 있어서는 끝관절이상을 잃은 경우 또는 중족지관절 또는 제 1 지관절(엄지발가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동장해가 남은 경우를 말한다.
6. 흉터가 남은 것이란 성형수술을 하였어도 육안으로 식별이 가능한 흔적이 있는 상태를 말한다.
7. 항상 보호를 받아야 하는 것은 일상생활에서 기본적인 음식섭취, 배뇨등을 타인에게 의존하여야 하는 것을 말한다.
8. 수시로 보호를 받아야 하는 것은 일상생활에서 기본적인 음식섭취, 배뇨등은 가능하나 그외의 일을 타인에게 의존해야 하는 것을 말한다.
9. 항상보호 또는 수시보호의 기간은 의사가 판정하는 노동능력상실 기간을 기준으로 하여 타탕한 기간으로 한다.

【별표 27】 척추옆굽음증 분류표

약관에 규정하는 척추옆굽음증로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

M41 척추측만증
포함 : 척추옆뒤굽음증(kyphoscoliosis)
제외 : 척주의 선천변형(congenital scoliosis)NOS(Q67.5)
선천성 골기형으로 인한 선천성 척추측만증(congenital scoliosis due to bony malformation)(Q76.3)
체위성 척주의 선천변형(postural congenital scoliosis)(Q67.5)
척추측만증 심장병(kyphoscoliotic heart disease)(I27.1)
달리 분류되지 않은 처치후 근골격장애(postprocedural)(M96.-)
M41.0 영아 특발성 척추측만증(Infantile idiopathic scoliosis)
M41.1 연소성 특발성 척추측만증(Juvenile idiopathic scoliosis)
청소년성 척추측만증(Adolescent scoliosis)
M41.2 기타 특발성 척추측만증(Other idiopathic scoliosis)
M41.3 흉곽성 척추측만증(Thoracogenic scoliosis)
M41.4 신경근육성 척추측만증(Neuromuscular scoliosis)
뇌성마비, 프리드라이히 운동실조, 회백질척수염 및 기타 신경근육성 장애에 따른 속발성 척추측만증 (Scoliosis secondary to cerebral palsy, Friedreich's ataxia, poliomyelitis, and otherneuromusculardisorders)
M41.5 기타 이차성 척추측만증(Other secondary scoliosis)
M41.8 기타 형태의 척추측만증(Other forms of scoliosis)
M41.9 상세불명의 척추측만증(Scoliosis, unspecified)

제 8 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 척추옆굽음증에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 28】 백혈병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 백혈병으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

백혈병 분류표	분류코드
림프성 백혈병	C91
골수성 백혈병	C92
단핵구성 백혈병	C93
명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
상세불명 세포형의 백혈병	C95

제 8 차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 백혈병에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 29】 장애인의 장애등급표

1. 지체장애인

가. 신체의 일부를 잃은 사람

제 1 급

1. 두 팔을 손목관절 이상 부위에서 잃은 사람
2. 두 다리를 무릎관절 이상 부위에서 잃은 사람

제 2 급

1. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
2. 한 팔을 팔꿈치관절 이상 부위에서 잃은 사람
3. 두 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 사람

제 3 급

1. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 모든 손가락을 잃은 사람
3. 두 다리를 쇼파관절 이상 부위에서 잃은 사람
4. 한 다리를 무릎관절 이상 부위에서 잃은 사람

제 4 급

1. 두 손의 엄지손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람
3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 세 손가락을 잃은 사람
4. 두 다리를 리스프랑관절 이상 부위에서 잃은 사람
5. 한 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 사람

제 5 급

1. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 엄지손가락을 중수수지관절 이상 부위에서 잃은 사람
3. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 세 손가락을 잃은 사람
4. 두 발의 모든 발가락을 잃은 사람
5. 한 다리를 쇼파관절 이상 부위에서 잃은 사람

제 6 급

1. 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람

3. 한 손의 셋째, 넷째, 다섯째 손가락을 모두 잃은 사람

4. 한 다리를 리스프랑관절 이상 부위에서 잃은 사람

나. 관절장애가 있는 사람

제 4 급

1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절중 한 관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

2. 한 다리의 고관절(股關節) 또는 무릎관절의 기능을 잃은 사람

제 5 급

1. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

2. 한 다리의 발목관절의 기능을 잃은 사람

제 6 급

1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 한 관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

2. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

3. 한 다리의 발목관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

다. 지체기능장애가 있는 사람

제 1 급

1. 두 팔의 기능을 잃은 사람

2. 두 다리의 기능을 잃은 사람

제 2 급

1. 한 팔의 기능을 잃은 사람

2. 두 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

3. 두 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람

4. 두 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

5. 척추의 장애로 인하여 앉아 있을 수 없거나 자기 힘으로 일어서기가 란한 사람

제 3 급

1. 두 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

2. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 기능을 잃은 사람

3. 한 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람

4. 한 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

5. 한 다리의 기능을 잃은 사람

제 4 급

1. 두 손의 엄지손가락의 기능을 잃은 사람

2. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 기능을 잃은 사람

3. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능을 잃은 사람

4. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 네 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

5. 한 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

제 5 급

1. 한 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

2. 두 손의 엄지손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

3. 한 손의 엄지손가락의 기능을 잃은 사람

4. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

5. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. 한 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

7. 두 발의 모든 발가락의 기능을 잃은 사람

8. 척추에 고도의 장애가 있는 사람

제 6 급

1. 한 손의 엄지손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락의 기능을 잃은 사람

3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 두 손가락의 기능에 현저한 기능장애가 있는 사람

4. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락, 다섯째손가락의 기능을 잃은 사람

5. 척추에 현저한 장애가 있는 사람

라. 신체에 변형등의 장애가 있는 사람

제 5 급

한 다리가 건강한 다리보다 10 센티미터이상 또는 건강한다리의 길이의 10 분의 1 이상 짧은 사람

제 6 급

1. 한 다리가 건강한 다리보다 5 센티미터이상 또는 건강한 다리의 길이의 15 분의 1 이상 짧은 사람

2. 척추측만증이 있으며, 만곡각도가 40 도이상인 사람

3. 척추후만증이 있으며, 만곡각도가 60 도이상인 사람

4. 성장이 멈춘 20 세이상의 남성으로서 신장이 145 센티미터이하인 사람(다만, 왜소증의 증상이 뚜렷한 경우는 18 세이상에서 적용 가능)

5. 성장이 멈춘 18 세이상의 여성으로서 신장이 140 센티미터이하인 사람

2. 뇌병변장애인

제 1 급

보행이 불가능하거나 일상생활동작을 거의 할 수 없어, 도움과 보호가 필요한 사람

제 2 급

1. 보행이 현저하게 제한되었거나 또는 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람
2. 보행과 일상생활동작이 상당히 제한된 사람

제 3 급

1. 보행이 상당한 정도 제한되었거나 또는 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
2. 보행이 경중한 정도 제한되고 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람

제 4 급

1. 보행이 경중한 정도 제한되었거나 또는 섬세한일상생활동작이 현저하게 제한된 사람
2. 보행이 경미하게 제한되고 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람

제 5 급

1. 보행이 경미하게 제한되었거나 또는 섬세한일상생활동작이 상당히 제한된 사람
2. 보행이 파행을 보이고 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람

제 6 급

보행시 파행을 보이거나 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람

3. 시각장애인

제 1 급

좋은 눈의 시력(만국식 시력표에 의하여 측정한 것을 말하며, 굴정이상이 있는 사람에대하여는 교정시력을 기준으로 한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람

제 2 급

좋은 눈의 시력이 0.04 이하인 사람

제 3 급

1. 좋은 눈의 시력이 0.08 이하인 사람
2. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 5 도이하로 남은 사람

제 4 급

1. 좋은 눈의 시력이 0.1 이하인 사람
2. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10 도이하로 남은 사람

제 5 급

1. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람

2. 두 눈의 의한 시야의 2 분의 1 이상을 잃은 사람

제 6 급

나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람

4. 청각장애인

가. 청력이 손실된 사람

제 2 급

두 귀의 청력손실이 각각 90 데시벨이상인 사람(두 귀가 완전히 들리지 아니하는 사람)

제 3 급

두 귀의 청력손실이 각각 80 데시벨이상인 사람(귀에 입을 대고 큰 소리로 말을 하여도 듣지 못하는 사람)

제 4 급

1. 두 귀의 청력손실이 각각 70 데시벨이상인 사람(귀에 대고 말을 하여야 들을 수 있는 사람)

2. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최량의 명료도가 50 퍼센트이하인 사람

제 5 급

두 귀의 청력손실이 각각 60 데시벨이상인 사람(40 센티미터이상 거리에서 발성된 말소리를 듣지 못하는 사람)

제 6 급

한 귀의 청력손실이 각각 80 데시벨이상,다른 귀의 청력손실이 40 데시벨이상인 사람

나. 평형기능의 장애가 있는 사람

제 3 급

양층 평형기능의 소실로 두 눈을 뜨고 직선으로 10 미터이상을 지속적으로 걸을 수 없는 사람

제 4 급

양층 평형기능의 소실 또는 감소로 두 눈을 뜨고 10 미터를 걸으려면 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 사람

제 5 급

양층 평형기능의 감소로 두 눈을 뜨고 10 미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60 센티미터이상 벗어나며 복합적인 신체운동은 어려운 사람

5. 언어장애인

제 3 급

음성기능 또는 언어기능을 잃은 사람

제 4 급

음성·언어만으로는 의사소통을 하기 곤란할 정도로 음성 또는 언어기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. 정신지체인

제 1 급

지능지수 34 이하인 사람으로 일상생활과 사회생활의 적응이 현저하게 곤란하여 일생동안 타인의 보호가 필요한 사람

제 2 급

지능지수가 35 이상 49 이하인 사람으로 일상생활의 단순한 행동을 훈련시킬 수 있고, 어느 정도의 감독과 도움을 받으면 복잡하지 아니하고 특수기술을 요하지 아니하는 직업을 가질 수 있는 사람

제 3 급

지능지수 50 이상 70 이하인 사람으로 교육을 통한 사회적·직업적 재활이 가능한 사람

7. 발달장애(자폐증)인

제 1 급

ICD-10(International Classification of Diseases, 10th Version)의 진단기준에 의한 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람

제 2 급

ICD-10 의 진단기준에 의한 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 영위하기 어려운 사람

제 3 급

제 2 급과 동일한 특징을 가지고 있으나 지능지수가 71 이상이며, 기능 및 능력장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위하여 간헐적으로 도움이 필요한 사람

8. 정신장애인

제 1 급

1. 정신분열병으로 망상·환청·사고장애 및 기괴한행동등의 양성증상 또는 사회적 위축과 같은 음성증상이 심하고, 현저한 인격변화가 있으며,기능 및 능력장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없

이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람(정신병을 진단받은지 1 년이상 경과한 사람에 한한다. 이하 같다)

2. 양극성정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고장애 증상이 심한 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람

3. 반복성우울장애로 정신병적 증상이 동반되고, 기분·의욕 및 행동등에 대한 우울증상이 심한 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람

4. 분열형정동장애로 제 1 호 내지 제 3 호에 준하는 증상이 있는 사람

제 2 급

1. 정신분열병으로 망상·환청·사고장애 및 기괴한 행동등의 양성증상 및 사회적 위축등의 음성증상이 있고, 중등도의 인격변화가 있으며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 영위하기 어려운 사람.

2. 양극성정동장애(조울병)로 기분·의욕 및 행동 및 사고장애 증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 영위하기 어려운 사람

3. 만성적인 반복성우울장애로 망상등 정신병적 증상이 동반되고, 기분·의욕 및 행동등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 영위하기 어려운 사람

4. 만성적인 분열형정동장애로 제 1 호 내지 제 3 호에 준하는 증상이 있는 사람

제 3 급

1. 정신분열병으로 망상·환청·사고장애 및 기괴한행동등의 양성증상이 있으나, 인격변화나 퇴행은 심하지 아니한 경우로서 기능 및 능력장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위한 기능수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람

2. 양극성정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고장애 증상이 현저하지 아니하지만 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위한 기능수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람

3. 반복성우울장애로 기분·의욕·행동등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위한 기능수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람

4. 분열형정동장애로 제 1 호 내지 제 3 호에 준하는 증상이 있는 사람

9. 신장장애인

제 2 급

만성신부전증으로 인하여 1 개월 이상 혈액투석 또는 복막투석을 받고 있는 사람

제 5 급

신장을 이식받은 사람

10. 심장장애인

제 1 급

심장기능의 장애가 지속되며, 안정시에도 심부전증상 또는 협심증증상 등이 일어나서 운동능력을 완전히 상실하여 상시적으로 개호인이 필요한 사람(심장질환을 진단받은지 1 년 이상 경과한 사람의 한한다. 이하 같다)

제 2 급

심장기능의 장애가 지속되며, 신체주위의 일은 어느 정도 할 수 있지만 그 이상의 활동으로는 심부전증상 또는 협심증증상 등이 일어나서 정상적인 일상생활을 영위하기 어려운 사람

제 3 급

심장기능의 장애가 지속되며, 가정내에서의 가벼운 활동은 상관없지만 그 이상의 활동에는 심부전증상 또는 협심증증상 등이 일어나서 가벼운 일상생활은 가능하나 정상적인 사회활동을 영위하기 어려운 사람

제 5 급

심장을 이식받은 사람

11. 호흡기장애인

제 1 급

폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 안정시에도 산소요법을 받아야 할 정도의호흡곤란이 있고, 평상시에 폐환기 기능(1 초시 강제호기량)이 정상예측지의 25% 이하이거나 안정시의 자연호흡상태에서 동맥혈 산소분압이 55mmHg 이하인 사람

제 2 급

폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 집안에서의 이동시에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1 초시 강제호기량)이 정상예측지의 30% 이하이거나 안정시 자연호흡상태에서 동맥혈 산소분압이 60mmHg 이하인 사람

제 3 급

폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 평지에서의 보행에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1 초시 강제호기량)이 정상예측치의 40% 이하이거나 안정시 자연호흡상태에서 동맥혈 산소분압이 65mmHg 이하인 사람

12. 간장애인

제 1 급

만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C 이면서 만성 간성뇌증, 내과적 치료로 조절되지 아니하는 난치성 복수 등의 합병증이 있는 사람

제 2 급

만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자중 잔여 간기능 평가상 Child-Pugh 등급 C 이면서 간성뇌증 병력, 자발성 세균성 복막염 등 병력이 있는 사람

제 3 급

만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C 인 사람

제 5 급

만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 간이식을 시술받은 사람

13. 안면장애인

제 2 급

1. 노출된 안면부의 90% 이상의 변형이 있는 사람
2. 노출된 안면부의 60% 이상의 변형이 있고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

제 3 급

1. 노출된 안면부의 75% 이상의 변형이 있는 사람
2. 노출된 안면부의 50% 이상의 변형이 있고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

제 4 급

1. 노출된 안면부의 60% 이상의 변형이 있는 사람
2. 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

14. 장루·요루장애인

제 2 급

1. 요루와 함께 회장루, 상행 또는 횡행결장루를 가지고 있고, 그 중 하나 이상의 장루("요루"를 포함한다. 이하 같다)가 현저한 변형이 있거나 장루 주변의 피부가 현저히 헐은 사람
2. 고도의 배뇨장애와 함께 회장루, 상행 또는 횡행결장루를 가지고 있고, 그 중 하나 이상의 장루가 현저한 변형이 있거나 장루 주변의 피부가 현저히 헐은 사람
3. 장루 또는 요루를 가지고 있고, 공장·회장·상행 또는 횡행결장이 방사선 등에 의한 손상으로 장루 이외의 구멍으로부터 장(腸) 내용물이 지속적으로 흘러나와 수술 등에 의하여서도 치유될 가능성이 없으며, 구멍 주변의 피부가 현저히 헐은 사람

제 3 급

1. 요루와 함께 회장루, 상행 또는 횡행결장루를 가지고 있는 사람

2. 요루와 함께 하행 또는 에스결장루를 가지고 있고, 그 중 하나 이상의 장루에 현저한 변형이 있거나 장루 주변의 피부가 현저히 헐은 사람

3. 회장루, 상행 또는 횡행결장루를 가지고 있고, 고도의 배뇨기능장애가 있는 사람

4. 장루 또는 요루를 가지고 있고, 공장·회장·상행 또는 횡행결장이 방사선 등에 의한 손상으로 장루 이외의 구멍으로부터 장 내용물이 대부분 흘러나오며 수술 등에 의하여서도 치유될 가능성이 없는 사람

제 4 급

1. 요루를 가진 사람

2. 회장루·상행 또는 횡행결장루를 가진 사람

3. 하행 또는 에스결장루를 가지고 있고, 배뇨기능장애가 있는 경우 또는 그 중 하나 이상의 장루가 변형되었거나 장루 주변의 피부가 헐었기 때문에 장루보조용품을 1 일 1 회 이상 교체하거나 장세척을 필요로 하는 사람

4. 장루 또는 요루를 가지고 있고, 하행 또는 에스결장이 방사선 등에 의한 손상으로 장루 이외의 구멍에서 장 내용물이 지속적으로 흘러나오며 수술 등에 의하여서도 치유될 가능성이 없는 사람

제 5 급

하행 또는 에스결장루를 가지고 있는 사람

15. 간질장애인

제 2 급

만성적인 간질에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 8 회 이상을 포함하여 연 6 월 이상 중증발작이 있고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역, 인지기능의 장애 등으로 심각한 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 항상 타인의 지속적인 보호와 관리가 필요한 사람

제 3 급

만성적인 간질에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 5 회 이상 중증 발작 또는 월 10 회 이상 경증발작을 포함하연 연 6 월 이상 발작이있고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역, 인지기능의 장애 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 수시로 보호와 관리가 필요한 사람

제 4 급

만성적인 간질에 대한 적극적인치료에도 불구하고 월 1 회 이상 중증발작 또는 월 2 회 이상 경증발작을 포함하여 연 6 월 이상의 발작이 있고, 이로 인하여 협조적인 대인관계가 현저히 곤란한 사람

【별표 30】 임신・출산 관련 질환 분류표

약관에서 규정하는 임신・출산 관련 질환으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	O10 ~ O16
2. 주로 임신에 관련된 기타 산모장애	O20 ~ O29
3. 태아와 양막강 및 가능한 분만문제와 관련된 산모관리	O30 ~ O48
4. 진통 및 분만의 합병증	O60 ~ O75
5. 주로 산후기에 관련된 합병증	O85 ~ O92

제 8 차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 규정하는 질병에 해당하는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 31】 유산 분류표

약관에서 규정하는 유산으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 자궁외 임신	O00
2. 포상기태	O01
3. 기타 비정상적 수태부산물	O02
4. 자연유산	O03
5. 의학적 유산	O04
6. 기타유산	O05
7. 상세불명의 유산	O06
8. 시도된 유산의 실패	O07
9. 유산, 자궁외 임신 및 기태임신에 따른 합병증	O08

제 8 차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 규정하는 질병에 해당하는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 32】 출생전후기에 발생한 주요병태 분류표

약관에서 규정하는 "출생전후기에 발생한 주요병태"로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 산모요인과 임신, 진통 및 분만의 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P00 - P04
2. 임신 기간 및 태아 발육과 관련된 장애	P05 - P08
3. 출산외상	P10 - P15
4. 출생전후기에 특이한 호흡기 및 심혈관 장애	P20 - P29
5. 출생전후기에 특이한 감염	P35 - P39
6. 태아 및 신생아의 출혈성 및 혈액학적 장애	P50 - P61
7. 태아 또는 신생아에 특이한 일과성 내분비 및 대사 장애	P70 - P74
8. 태아 및 신생아의 소화계통 장애	P75 - P78
9. 태아 및 신생아의 외피 및 체온조절에 관련되는 병태	P80 - P83
10. 출생전후기에 기원한 기타 장애	P90 - P96

제 8 차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 33】 탈구,신경손상,압착손상 분류표

약관에 규정하는 탈구, 신경손상, 압착손상으로 분류되는 상병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류코드
경추의 탈구	S13.1
목의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S13.2
목의 다발 탈구	S13.3
흉추의 탈구	S23.1
흉부의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S23.2
요추의 탈구	S33.1
천장관절 및 천미관절의 탈구	S33.2
어깨관절의 탈구	S43.0
견쇄관절의 탈구	S43.1
흉쇄관절의 탈구	S43.2
견갑대의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S43.3
요골머리의 탈구	S53.0
팔꿈치의 상세불명 탈구	S53.1
손목의 탈구	S63.0
손가락의 다발 탈구	S63.2
고관절의 탈구	S73.0
무릎뼈의 탈구	S83.0
무릎의 탈구	S83.1
발목관절의 탈구	S93.0
발의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S93.3
뇌신경의 손상	S04
목 부위의 신경 및 척수의 손상	S14
흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24
복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
아래팔 부위의 신경의 손상	S54
손목 및 손 부위의 신경의 손상	S64
엉덩이 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
아래다리 부위의 신경손상	S84

발목 및 발 부위의 신경의 손상	S94
목부위의 신경 및 척수의 손상을 동반한 뇌 및 뇌신경의 손상	T06.0
기타 여러 신체부위를 침범한 신경 및 척수의 손상	T06.1
여러 신체부위를 침범한 신경의 손상	T06.2
몸통의 상세불명의 신경, 척수신경근 및 척추 신경총의 손상	T09.4
팔의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T11.3
다리의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T13.3
목의 으깸손상	S17
어깨 및 위팔의 으깸손상	S47
아래팔의 으깸손상	S57
엉덩이 및 대퇴의 으깸손상	S77
아래다리의 으깸손상	S87
발목 및 발의 으깸손상	S97
여러 신체부위를 침범한 으깸손상	T04

제 8 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 34】 외상성절단 분류표

약관에 규정하는 외상성절단으로 분류되는 상병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병를 말합니다.

분 류 항 목	분류코드
이물이 있는 안구의 관통창	S05.5
이물이 없는 안구의 관통창	S05.6
안구의 박리	S05.7
머리 부분의 외상성 절단	S08
목 부위의 외상성 절단	S18
흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
복부, 아래등 및 골반 부분의 으깸손상 및 외상성 절단	S38
어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
아래팔의 외상성 절단	S58
손목 및 손의 외상성 절단 (기타 단일 손가락의 외상성 절단 (완전)(부분)은 제외)	S68 (S68.1 은제외)
엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78
아래다리의 외상성 절단	S88
발목 및 발의 외상성 절단 (단일 발가락의 외상성 절단은 제외)	S98 (S98.1 은제외)
여러 신체부위를 침범한 외상성 절단	T05
팔의 상세불명 부위의 외상성 절단	T11.6
다리의 상세불명 부위의 외상성 절단	T13.6

제 8 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 35】 뇌·내장손상 분류표

약관에 규정하는 뇌·내장손상으로 분류되는 상병은 제 7 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병를 말합니다.

분 류 항 목		분류코드
뇌손상	□ 두개원개의 골절	S02.0
	□ 두개저의 골절	S02.1
	□ 안와바닥의 골절	S02.3
	□ 두개골 및 안면골을 침범한 다발골절	S02.7
	□ 기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
	□ 두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9
	□ 미만성 뇌손상	S06.2
	□ 경막외출혈	S06.4
	□ 외상성 경막하출혈	S06.5
	□ 외상성 지주막하출혈	S06.6
	□ 지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
	□ 기타 두개내손상	S06.8
	□ 상세불명의 두개내손상	S06.9
	□ 두개골의 으깸손상	S07.1
	□ 머리의 기타 부분의 으깸손상	S07.8
	□ 머리의 기타 부분의 외상성 절단	S08.8
	□ 달리 분류되지 않은 머리의 혈관손상	S09.0
	□ 머리의 다발손상	S09.7
내장손상	□ 혈심낭막을 동반한 심장손상	S26.0
	□ 심장의 기타 손상	S26.8
	□ 심장의 상세불명 손상	S26.9
	□ 폐의 기타 손상	S27.3
	□ 기관지의 손상	S27.4
	□ 흉부기관의 손상	S27.5
	□ 흉막의 손상	S27.6
	□ 흉곽내기관의 다발손상	S27.7
	□ 기타 명시된 흉곽내기관의 손상	S27.8
	□ 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27.9
	□ 흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
	□ 흉부의 기타 및 상세불명의 손상	S29

	□ 복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상	S35
	□ 비장의 손상	S36.0
	□ 간 또는 담낭의 손상	S36.1
	□ 췌장의 손상	S36.2
	□ 위의 손상	S36.3
	□ 소장의 손상	S36.4
	□ 결장의 손상	S36.5
	□ 직장의 손상	S36.6
	□ 다발성 복강내기관의 손상	S36.7
	□ 기타 복강내기관의 손상	S36.8
	□ 신장의 손상	S37.0
	□ 요관의 손상	S37.1
	□ 방광의 손상	S37.2
	□ 요도의 손상	S37.3
	□ 난소의 손상	S37.4
	□ 난관의 손상	S37.5
	□ 자궁의 손상	S37.6
	□ 다발성 골반기관의 손상	S37.7
	□ 기타 골반기관의 손상	S37.8
	□ 복부, 아래등 및 골반의 으깸손상 및 외상성 절단	S38
	□ 골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S39.6

제 8 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 36】 유방절제수술 분류표

약관에 규정하는 유방절제수술비의 유방절제수술은 국제의료행위 분류표(ICD.9)에 의한 수술 및 처치 코드에 해당하는 수술을 말합니다.

분 류 항 목	분류코드
1. 편측단순유방절제술	85.41
2. 양측단순유방절제술	85.42
3. 편측확대유방절제술	85.43
4. 양측확대유방절제술	85.44
5. 편측근치적유방절제술	85.45
6. 양측근치적유방절제술	85.46
7. 편측확대근치적유방절제술	85.47
8. 양측확대근치적유방절제술	85.48

【별표 37】 다발골절 분류표

약관에 규정하는 다발골절은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류코드
두개골 및 안면골을 침범한 다발골절	S02.7
경추의 다발골절	S12.7
흉추의 다발골절	S22.1
늑골의 다발골절	S22.4
요추 및 골반의 다발골절	S32.7
쇄골, 견갑골 및 상완골의 다발골절	S42.7
아래팔의 다발골절	S52.7
손가락의 다발골절	S62.7
대퇴골의 다발골절	S72.7
아래다리의 다발골절	S82.7
발의 다발골절	S92.7
여러 신체부위를 침범한 골절	T02

제8차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함함.

【별표 38】 자동차사고부상등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제 3 조 제 1 항 2 호와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

상해 급별	한도 금액	상해내용
1급	( )만원	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다)
		2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해
		3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해
		4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해
		5. 척주 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해
		6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절
		7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절
		8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해
		9. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해(주관절부 이단을 포함한다)
		10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해
		11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해
		12. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
		13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다)
		14. 화상·좌창·괴사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해
		15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	( )만원	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
		2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해
		3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해
		4. 신장 파열로 수술한 상해
		5. 척주 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해
		6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 할로베스트나 수술적 고정술을 시행한 상해
		7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해
		8. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해

		9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다)
		10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해
		11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절
		12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
		13. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
		14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해
		15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	( )만원	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
		2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
		3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해
		4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
		5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다)
		6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해
		7. 내부 장기 손상으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해(장간막 파열을 포함한다)
		8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해
		9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
		10. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해(주관절부 이단을 포함한다)
		11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
		12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
		13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다)
		14. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
		15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열
		16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
		17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해
		18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
		19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	( )만원	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
		2. 각막 이식술을 시행한 상해

		3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
		4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다)
		5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다)
		6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
		7. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행한 상해(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다)
		8. 상완골 경부 골절
		9. 상완골 간부 분쇄성 골절
		10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절로 수술을 시행한 상해(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다)
		11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다)
		12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다)
		13. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
		14. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)
		15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해
		16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
		17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해
		18. 골반환이 안정적인 골반골 골절로 수술을 시행한 상해(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)
		19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해
		20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
		21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해
		22. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
		23. 거골 또는 종골 골절
		24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
		25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해
		26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해
		27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	( )만원	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
		2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해
		3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여

		지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해
		4. 안정성 추체 골절
		5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해
		6. 상완골 간부 골절
		7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해
		8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해
		9. 요골 경상돌기 골절
		10. 요골 원위부 관절내 골절
		11. 수근 주상골 골절
		12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
		13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
		14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다)
		15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해
		16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
		17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절
		18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
		19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열
		20. 슬개골 골절
		21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다)
		22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해
		23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다)
		24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다)
		25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해
		26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
		27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해
		28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해
		29. 사지 근 또는 건 파열로 6개 이상의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해
		30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해
		31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해
		32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해
		33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	( )만원	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다)
		2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)

		3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
		4. 심장 타박
		5. 폐좌상(일측 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다)
		6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해
		7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해
		8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해
		9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해
		10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해
		11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
		12. 상완골 대결절 견열 골절
		13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다)
		14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
		15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해
		16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해
		17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절
		18. 요골 경부 골절
		19. 척골 주두부 골절
		20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다)
		21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구
		22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
		23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
		24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해
		25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해
		26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
		27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개
		28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해
		29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
		30. 사지 근 또는 건 파열로 3 ~ 5개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해
		31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
		32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	( )만원	1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절
		2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해
		3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해
		4. 골다공증성 척추 압박골절

		5. 쇄골 골절
		6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다)
		7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열
		8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
		9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
		10. 척골 경상돌기 기저부 골절
		11. 삼각섬유연골 복합체 손상
		12. 요수근관절 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)
		13. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)
		14. 주상골 외 수근골 골절
		15. 수근부 주상골·월상골간 인대 파열
		16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구
		17. 다발성 중수골 골절
		18. 중수수지관절의 골절 및 탈구
		19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
		20. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해
		21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
		22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절
		23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
		24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절
		25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
		26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
		27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	( )만원	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
		2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절
		3. 외상성 시신경병증
		4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해
		5. 복합 고막 파열
		6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해
		7. 3개 이상의 다발성 늑골 골절
		8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절
		9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해

		10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절. 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해
		11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
		12. 중수골 골절
		13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구
		14. 다발성 수지골 골절
		15. 무지 중수지관절 측부인대 파열
		16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해
		17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
		18. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
		19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
		20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해
		21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
		22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해
		23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해
		24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해
		25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
		26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	( )만원	1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해
		2. 2개 이하의 단순 늑골골절
		3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해
		4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해
		5. 흉골 골절
		6. 추간판 탈출증
		7. 흉쇄관절 탈구
		8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
		9. 요수근관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위요척관절 탈구를 포함한다)
		10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해
		11. 수지관절 탈구
		12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
		13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
		14. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해
		15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절
		16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해

		17. 수족지 신전건 1개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해
		18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해
		19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
		20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	( )만원	1. 3cm 이상 안면부 열상
		2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해
		3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해
		4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해
		5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해
		6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
		7. 하지 3대 관절의 혈관절증
		8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해
		9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
		10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	( )만원	1. 뇌진탕
		2. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행하지 않는 상해
		3. 수지골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
		4. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
		5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
		6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	( )만원	1. 외상 후 급성 스트레스 장애
		2. 3cm 미만 안면부 열상
		3. 척추 염좌
		4. 사지 관절의 근 또는 건의 단순 염좌
		5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다)
		6. 사지 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
		7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
		8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	( )만원	1. 결막의 열상으로 일차 봉합술을 시행한 상해
		2. 단순 고막 파열
		3. 흉부 타박상으로 늑골 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해
		4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
		5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	( )만원	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해
		2. 수족지 관절 염좌
		3. 사지의 단순 타박
		4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
		5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

2. 영역별 세부지침

영역	내용
공통	가. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해부터 하위 3등급(예: 상해내용이 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상(이하 "병급"이라 한다)한다.
	나. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 각각의 상해 등급별 금액을 배상하되, 그 합산액이 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 배상한다.
	다. 1개의 상해에서 2개 이상의 상향 또는 하향 조정의 요인이 있을 때 등급 상향 또는 하향 조정은 1회만 큰 폭의 조정을 적용한다. 다만, 상향 조정 요인과 하향 조정 요인이 여러 개가 함께 있을 때에는 큰 폭의 상향 또는 큰 폭의 하향 조정 요인을 각각 선택하여 함께 반영한다.
	라. 재해 발생 시 만 13세 미만인 사람은 소아로 인정한다.
	마. 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술, 유경 피판술, 원거리 피판술, 국소 피판술이나 피부 이식술을 시행할 경우 안면부는 1등급 상위등급을 적용하고, 수부, 족부에 국한된 손상에 대해서는 한 등급 아래의 등급을 적용한다.
두부	가. "뇌손상"이란 국소성 뇌손상인 외상성 두개강안의 출혈(경막상·하 출혈, 뇌실 내 및 뇌실질 내 출혈, 거미막하 출혈 등을 말한다) 또는 경막하 수활액낭종, 거미막 낭종, 두개골 골절(두개 기저부 골절을 포함한다) 등과 미만성 축삭손상을 포함한 뇌좌상을 말한다.
	나. 4급 이하에서 의식 외에 뇌신경 손상이나 국소성 신경학적 이상 소견이 있는 경우 한 등급을 상향조정할 수 있다.
	다. 신경학적 증상은 글라스고우 혼수척도(Glasgow coma scale)로 구분하며, 고도는 8점 이하, 중등도는 9 ~ 12점, 경도는 13 ~ 15점을 말한다.
	라. 글라스고우 혼수척도는 진정치료 전에 평가하는 것을 원칙으로 한다.
	마. 글라스고우 혼수척도 평가 시 의식이 있는 상태에서 기관지 삽관이 필요한 경우는 제외한다.
	바. 의무기록 상 의식상태가 혼수(coma)와 반혼수(semicoma)는 고도, 혼미(stupor)는 중등도, 기면(drowsy)은 경도로 본다.
	사. 두피 좌상, 열창은 14급으로 본다.
	아. 만성 경막하 혈종으로 수술을 시행한 경우에는 6급 2호를 적용한다.
	자. 외상 후 급성 스트레스 장애는 다른 진단이 전혀 없이 단독 상병으로 외상 후 1개월 이내 발병된 경우에 적용한다.
흉·복부	심장타박(6급)의 경우, ①심전도에서 Tachyarrythmia 또는 ST변화 또는 부정맥, ②심초음파에서 심낭액증가소견이 있거나 심장벽운동저하, ③심장효소치증가(CPK-MB, and Troponin T)의 세가지 요구 충족 시 인정한다.
척추	가. 완전 마비는 근력등급 3 이하인 경우이며, 불완전 마비는 근력등급 4인 경우로 정한다.

		나. 척추관 협착증이나 추간판 탈출증이 외상으로 증상이 발생한 경우나 악화된 경우는 9급으로 본다.
		다. 척주 손상으로 인하여 신경근증 이나 감각이상을 호소하는 경우는 9급으로 본다.
		라. 마미증후군은 척수손상으로 본다.
상·하지	공통	가. 2급부터 11급까지의 내용 중 사지 골절에서 별도로 상해 등급이 규정되지 않은 경우, 보존적 치료를 시행한 골절은 해당 등급에서 2급 낮은 등급을 적용하며, 도수 정복 및 경피적 핀고정술을 시행한 경우에는 해당 등급에서 1급 낮은 등급을 적용한다.
		나. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절 또는 탈구에서 거스틸로 2형 이상(개방창의 길이가 1cm 이상인 경우를 말한다)의 개방성 골절 또는 탈구에서만 1등급 상위 등급을 적용한다.
		다. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 "수술적 치료를 시행하지 않은"이라고 명기되지 않은 각 등급 손상 내용은 수술적 치료를 시행한 경우를 말하며, 보존적 치료를 시행한 경우가 따로 명시되지 않은 경우는 두 등급 하향 조정함을 원칙으로 한다.
		라. 양측 또는 단측을 별도로 규정한 경우에는 병합하지 않으나, 별도 규정이 없는 양측 손상인 경우에는 병합한다.
		마. 골절에 주요 말초신경의 손상 동반 시 해당 골절보다 1등급 상위 등급을 적용한다.
		바. 재접합술을 시행한 절단소실의 경우 해당부위의 절단보다 2급 높은 등급을 적용한다.
		사. 아절단은 완전 절단에 준한다.
		아. 관절 이단의 경우는 상위부 절단으로 본다.
		자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다.
		차. 사지 근 또는 건의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근 또는 건의 단순 염좌(12급)로 본다.
		카. 사지 관절의 인공관절 재치환 시 해당 부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다.
		타. 보존적으로 치료한 사지 주요관절 골절 및 탈구는 해당관절의 골절 및 탈구보다 3등급 낮은 등급을 적용한다.
		파. 수술을 시행한 사지 주요 관절 탈구는 해당 관절의 보존적으로 치료한 탈구보다 2등급 높은 등급을 적용한다.
		하. 동일 관절 혹은 동일 골의 손상은 병합하지 않으며 상위 등급을 적용한다
		거. 분쇄 골절을 형성하는 골절선은 선상 골절이 아닌 골절선으로 판단한다.
		너. 수족지 절단 시 절단부위에 따른 차이는 두지 않는다.
	상지	가. 상부관절순 파열은 외상성 파열만 인정한다.
		나. 회전근개 파열 개수에 따른 차등을 두지 않는다.

		다. "근, 건, 인대 파열"이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다.
		라. 사지골 골절 중 상해등급에서 별도로 명시하지 않은 사지골 골절(견열골절을 포함한다)은 제불완전골절로 본다. 다만, 관혈적 정복술을 시행한 경우는 해당 부위 골절 항에 적용한다.
		마. 사지골 골절 시 시행한 외고정술도 수술을 한 것으로 본다.
		바. 소아의 경우, 성인의 동일 부위 골절보다 1급 낮게 적용한다. 다만, 성장판 손상이 동반된 경우와 연부조직 손상은 성인과 동일한 등급을 적용한다.
		사. 6급의 견관절 탈구에서 재발성 탈구를 초래할 수 있는 해부학적 병변이 병발된 경우는 수술 여부에 상관없이 6급을 적용한다.
		아. 견봉 쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉 쇄골간 인대 파열은 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열에 포함되고, 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열로 수술한 경우 7급을 적용하며, 부분 파열로 보존적 치료를 시행한 경우 9급을 적용하고, 단순 염좌의 경우 12급을 적용한다.
		자. 주요 동맥 또는 정맥 파열로 봉합술을 시행한 상해의 경우, 주요 동맥 또는 정맥이란 수술을 통한 혈행의 확보가 의학적으로 필요한 경우를 말하며, "다발성 혈관 손상"이란 2부위 이상의 주요 동맥 또는 정맥의 손상을 말한다.
	하지	가. 양측 치골지 골절, 치골 상하지 골절 등에서는 병급하지 않는다.
		나. 천골 골절, 미골 골절은 골반골 골절로 본다.
		다. 슬관절 십자인대 파열은 전후방 십자인대의 동시 파열이 별도로 규정되어 있으므로 병급하지 않으나 내외측 측부인대 동시 파열, 십자인대와 측부인대 파열, 반월상 연골판 파열 등은 병급한다.
		라. 후경골건 및 전경골건 파열은 족관절 측부인대 파열로 수술을 시행한 경우의 등급으로 본다.
		마. 대퇴골 또는 경비골의 견열성 골절의 경우, 동일 관절의 인대 손상에 대하여 수술적 치료를 시행한 경우는 인대 손상 등급으로 본다.
		바. 경골 후과의 단독 골절 시 족관절 내과 또는 외과의 골절로 본다.
		사. 고관절이란 대퇴골두와 골반골의 비구를 포함하며, "골절 탈구"란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다.
		아. 불안정성 골반 골절은 골반환을 이루는 골간의 골절 탈구를 포함한다.
		자. "하지의 3대 관절"이란 고관절, 슬관절, 족관절을 말한다.
		차. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열은 인대 복원수술을 시행하거나 완전 파열에 준하는 파열에 적용한다.
		카. 골반환이 안정적인 골반골의 수술을 시행한 골절은 치골 골절로 수술한 경우 등을 포함한다.