

# 보험약관

## (빅히트단체상해보험)

### 목 차

#### [보통약관]

- 제1관 목적 및 용어의 정의
- 제2관 보험금의 지급
- 제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등
- 제4관 보험계약의 성립과 유지
- 제5관 보험료의 납입
- 제6관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등
- 제7관 분쟁의 조정 등
- 보험료정산 추가약관
- 보험료정산 추가약관(병상해질병사망보장 특별약관용)

#### [특별약관]

##### 상해사망 및 상해

- 상해사망 및 고도후유장해 특별약관
- ( )%이상 고도후유장해 특별약관
- ( )%미만 후유장해 특별약관
- 상해사망후유장해확장보장 특별약관
- 휴일상해사망후유장해 특별약관
- 교통상해사망후유장해 특별약관
- 휴일교통상해사망후유장해 특별약관
- 업무중 상해사망후유장해 특별약관
- 업무중(출·퇴근 제외) 상해사망후유장해 특별약관
- 업무외 상해사망후유장해 특별약관
- 휴가중상해사망후유장해 특별약관
- 휴가중교통상해사망후유장해 특별약관
- 특수운동중 상해사망후유장해 특별약관
- 특수운전중 상해사망후유장해 특별약관
- 신주말상해사망후유장해 특별약관
- 신주말교통상해사망후유장해 특별약관
- 뽕소니·무보험차 상해사망후유장해 특별약관
- 태권도승단심사중 상해사망후유장해 특별약관
- 태권도승단심사중 상해사망후유장해 특별약관의 보험료정산 추가특별약관

- 강도상해사망후유장해 특별약관
- 야간노상강도 상해사망후유장해 특별약관
- ATM 강도상해사망후유장해 특별약관
- 체육시설 이용중 상해사망후유장해 특별약관
- 골프중 상해사망후유장해 특별약관
- 익사 및 추락사망 특별약관
- 항공기 1회 탑승당 상해사망후유장해 특별약관
- 의사상자 상해위험 특별약관
- 특정여가활동중 상해사망후유장해 특별약관
- 레저활동중 상해사망후유장해 특별약관
- 가스사고 사망후유장해 특별약관
- 갑்ச치료비 특별약관
- 상해확장보장 추가특별약관(II)

##### 질병

- 질병사망 및 질병80%이상 고도후유장해 특별약관(단체용)
- 질병사망 특별약관
- 질병 50%이상 고도후유장해 특별약관
- 질병 80%미만 후유장해 특별약관
- 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관
- 식중독 특별약관
- 식중독 특별약관(II)
- 뇌졸중 진단비 특별약관
- 뇌출혈 진단비 특별약관
- 뇌혈관질환 특별약관
- 뇌혈관질환 진단비 특별약관
- 뇌전증 진단비 특별약관
- 급성심근경색증진단비 특별약관
- 심장관련질병 특별약관
- 심장관련 소아특정질병 진단비 특별약관
- 심근병증 진단비 특별약관
- 허혈성심장질환 진단비 특별약관
- 고혈압성질환 특별약관
- 녹내장 진단비 특별약관
- 특정망막질환 진단비 특별약관
- 대상포진 진단비 특별약관
- 대상포진·노병 진단비 특별약관
- 골절진단비 특별약관
- 골절진단비(치아파절제외) 특별약관
- 수족골절진단비 특별약관
- 탈구, 신경손상, 압착손상진단비 특별약관

외상성절단진단비 특별약관  
 전립선증식증 진단비 특별약관  
 현혈후유증 특별약관  
 화상진단비 특별약관  
 누적외상성질환(VDT증후군)입원일당 특별약관  
 특정전염병 특별약관  
 정신질환 진단비 특별약관  
 - 질병확장보장 추가특별약관(II)

**암**

암사망 및 암 80%이상 고도후유장해 특별약관  
 암치료비 특별약관(I)  
 암치료비 특별약관(II)  
 암치료비 특별약관(III)  
 암치료비 특별약관(IV)  
 3대암치료비 특별약관  
 고액치료비암진단비 특별약관  
 소아3대암 진단비 특별약관  
 - 소아3대암 진단비 특별약관의 보험계약 및 가입금액 자동전환 추가특별약관  
 여성특정암진단비 특별약관  
 암수술 특별약관(I)  
 암수술 특별약관(II)  
 암입원일당 특별약관(I)  
 암입원일당 특별약관(II)  
 요양병원 암입원일당 특별약관(I)  
 요양병원 암입원일당 특별약관(II)

**치아**

치아보철치료비(정액)(II) 특별약관  
 치아보철치료비(정액)(III) 특별약관  
 치아보존치료비(정액)(I) 특별약관  
 치아보존치료비(정액)(II) 특별약관  
 치아보존치료비(정액)(III) 특별약관  
 크라운보존치료비(I) 특별약관  
 크라운보존치료비(II) 특별약관  
 크라운보존치료비(III) 특별약관  
 X-ray 치아촬영비(1회) 특별약관  
 파노라마 치아촬영비(1회) 특별약관

**수술**

수술비 특별약관

1~5종 수술비 특별약관  
 상해수술비 특별약관  
 상해흉터복원수술비 특별약관  
 중대한특정상해수술비 특별약관  
 21대질병수술비 특별약관  
 부인과질병수술비 특별약관  
 특정3대직장인질병수술비 특별약관  
 특정장기이식수술비 특별약관  
 특정수술비 특별약관  
 5대장기이식수술비 특별약관  
 뇌·내장수술비 특별약관  
 골절수술비 특별약관  
 화상수술비 특별약관  
 조혈모세포이식수술비 특별약관  
 충수염(맹장염)수술비 특별약관  
 유방복원수술비 특별약관  
 각막이식수술비 특별약관

**입원 및 통원비용**

24시간상해 입원일당 특별약관  
 24시간상해 입원일당 특별약관II  
 24시간상해 중환자실입원일당 특별약관  
 교통상해 입원일당 특별약관  
 24시간상해 통원일당 특별약관  
 24시간상해 통원일당(한방·치과 병·의원 제외, 치아파절 제외) 특별약관  
 질병입원일당 특별약관  
 질병입원일당 특별약관II  
 - 질병입원일당 출산확장 추가특별약관  
 - 질병입원일당 출산확장 추가특별약관II  
 질병중환자실입원일당 특별약관  
 뇌졸중 입원일당 특별약관  
 급성심근경색증 입원일당 특별약관  
 상해입원비용 특별약관  
 질병입원비용 특별약관

**실손의료비**

기본형 실손의료비 특별약관  
 비급여 도수치료·체외충격파치료·중식치료 실손의료비 특별약관  
 비급여 주사료 실손의료비 특별약관  
 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 특별약관  
 - 국민건강보험 비가입자 추가특별약관

- 입원의료비 한방(비급여) 추가특별약관
  - 입원의료비 초과(비급여) 추가특별약관
  - 특수운동중 실손의료비보장 추가특별약관
  - 특수운전중 실손의료비보장 추가특별약관
  - 직무상 선박탑승중 실손의료비보장 추가특별약관
  - 질병입원의료비 출산확장 추가특별약관
  - 질병통원의료비 출산확장 추가특별약관
  - 상해확장보장 추가특별약관
  - 질병확장보장 추가특별약관
- 해외치료 입원의료비 특별약관

**교통**

- 대중교통이용중 상해사망후유장해 특별약관
  - 항공기상해 부보장 추가특별약관
- 철도·지하철·항공기사고 상해사망후유장해 특별약관
- 철도 및 지하철사고 상해사망후유장해 특별약관
- 항공기탑승중 상해사망후유장해 특별약관
- 심야교통상해사망후유장해 특별약관
- 명절교통상해사망후유장해 특별약관
- 러시아워 교통상해사망후유장해 특별약관
- 비운전자의 자동차 탑승중 상해사망후유장해 특별약관
- 비탑승중 교통상해사망후유장해 특별약관
- 단지내 비탑승중 교통상해사망후유장해 특별약관
- 주차장 및 아파트단지내 운전중 사망보장 특별약관
- 자동차 교통상해 사망후유장해 특별약관
- 자동차 교통상해 사망후유장해 특별약관(이륜차 제외)
- 자동차 운전중 교통상해 사망후유장해 특별약관(운전자용)
- 자동차 운전중 교통상해 사망후유장해 특별약관(이륜차 제외)(운전자용)
- 자동차사고 성형수술비 특별약관
- 별금 특별약관
- 어린이보호구역사고 별금 특별약관
- 별금 특별약관(II)
- 자동차사고 변호사선임비용(약식기소 제외) 특별약관
- 교통사고처리지원금 특별약관(동승자 포함)
  - 교통사고처리지원금 이륜자동차 보장 추가특별약관(동승자 포함)
- 교통사고처리지원금 특별약관(동승자 제외)
  - 교통사고처리지원금 이륜자동차 보장 추가특별약관(동승자 제외)
- 자동차사고 부상치료비 특별약관(자가용운전자)
- 자동차사고 부상치료비 특별약관(영업용운전자)
- 자동차사고 부상치료비 특별약관(비운전자)
- 스쿨존 교통사고 부상치료비 특별약관

- 스쿨존 교통사고 중증부상치료비 특별약관
- 스쿨존 교통사고 치아보철치료비 특별약관
- 스쿨존 성장판손상유발 교통사고 부상치료비 특별약관
- 실버존 교통사고 부상치료비 특별약관
- 실버존 교통사고 중증부상치료비 특별약관
- 실버존 교통사고 치아보철치료비 특별약관

**자원봉사단체**

- 자원봉사활동중 상해사망후유장해 특별약관
- 자원봉사활동중 상해입원일당 특별약관
- 자원봉사활동중 상해입원일당(4일이상) 특별약관
- 자원봉사활동중 질병입원일당 특별약관
- 자원봉사활동중 상해통원일당 특별약관
- 자원봉사활동중 상해통원일당(한방·치과 병의원 제외, 치아파절 제외) 특별약관
- 자원봉사활동중 배상책임 특별약관
- 자원봉사활동중 골절진단비 특별약관
- 자원봉사활동중 골절진단비(치아파절제외) 특별약관
- 자원봉사활동중 골절수술비 특별약관
- 자원봉사활동중 식중독입원일당 특별약관
- 자원봉사활동중 익사사고 사망 특별약관
- 자원봉사활동중 특정전염병 특별약관
- 자원봉사활동중 중대한 특정상해 수술비 특별약관
- 자원봉사활동중 탈구,신경손상,압착손상진단비 특별약관
- 자원봉사활동중 외상성절단진단비 특별약관
- 자원봉사활동중 뇌·내장수술비 특별약관
- 자원봉사활동중 화상수술비 특별약관
- 자원봉사활동중 화상진단비 특별약관
- 자원봉사활동중 폭력피해 특별약관

**학교생활**

- 학교생활중 상해사망후유장해 특별약관
- 학교생활중 상해사망후유장해 특별약관II
- 학교생활중(등하교 제외) 상해사망후유장해 특별약관
- 학교생활중(등하교 제외) 상해사망후유장해 특별약관II
- 학교생활외 상해사망후유장해 특별약관(I)
- 학교생활외 상해사망후유장해 특별약관(II)
- 학생 폭력상해입원일당 특별약관
- 학생 개인배상책임 특별약관

**사립학교 교직원 단체**

- 사립학교교직원 질병사망 및 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

사립학교교직원 질병사망 특별약관  
사립학교교직원 질병80%이상 고도후유장해 특별약관  
사립학교교직원 상해사망후유장해 특별약관  
- 사립학교교직원 일부상해위험 부보장 추가특별약관

#### 카드회원

신용카드회원 보험계약 특별약관  
- 신용카드회원 보험계약 특별약관의 가족회원 추가특별약관  
신용카드회원 공공교통수단탑승중 상해사망후유장해 특별약관  
국제신용카드회원 항공기탑승중 상해사망후유장해 특별약관  
- 국제신용카드 법인공용회원 추가특별약관  
국내전용신용카드회원 항공기탑승중 상해사망후유장해 특별약관  
대중교통(교통카드회원) 탑승중 상해사망후유장해 특별약관

#### 산업재해

산업재해사망 특별약관  
산업재해 질병사망 특별약관  
산업재해 상해사망 특별약관  
산업재해 장해 특별약관  
산업재해 질병장해 특별약관  
산업재해 상해장해 특별약관

#### 마라톤

마라톤질병사망 및 마라톤질병 80%이상고도후유장해 특별약관  
마라톤 상해사망후유장해 특별약관  
마라톤 골절수술비 특별약관

#### 스포츠관련

스포츠상해후유장해 특별약관  
스포츠단체 상해사망후유장해 특별약관  
스포츠활동중 상해사망후유장해 특별약관  
스포츠활동중 배상책임 특별약관

#### 자전거

자전거사고 사망후유장해 특별약관  
자전거사고 벌금 특별약관  
자전거사고 변호사선임비용(약식기소 제외) 특별약관  
자전거사고 처리지원금 특별약관(동승자 포함)  
자전거사고 처리지원금 특별약관(동승자 제외)  
자전거사고비용 특별약관(I)  
자전거사고비용 특별약관(II)

자전거사고 상해통원일당 특별약관  
자전거사고 상해통원일당(한방·치과·병·의원 제외, 치아파절 제외) 특별약관  
자전거사고 상해입원일당 특별약관  
- 자전거 비탑승중 사고 부보장 추가특별약관

#### 군단체

현역군인상해사망후유장해 특별약관  
- 현역군인상해물리치료비(50%) 추가특별약관  
- 현역군인상해재활치료비(80%) 추가특별약관  
- 현역군인상해중증장해(100%) 추가특별약관  
현역군인 질병사망 및 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관  
병 상해질병사망보장 특별약관

#### 공무원

순직 특별약관  
공무상 요양진단금 특별약관  
공무상 입원일당 특별약관  
공무상 입원일당 특별약관II  
공무원 장기요양 직권면직 위로금 특별약관

#### 기타단체

프로 및 아마추어단체 상해사망후유장해 특별약관  
프로 및 아마추어단체 배상책임 특별약관  
노동조합활동중 상해사망후유장해 특별약관  
자동차경기단체 상해사망후유장해 특별약관  
외국인산업기술연수자단체 상해사망후유장해 특별약관  
스카우트단체 상해사망후유장해 특별약관  
- 스카우트단체지도자 상해사망후유장해 추가특별약관  
RCY단체 상해사망후유장해 특별약관  
해양소년단체 상해사망후유장해 특별약관  
청소년단체 상해사망후유장해 특별약관  
선원단체 상해사망후유장해 특별약관  
방송국출연진단체 상해사망후유장해 특별약관  
한국방송공사(KBS) 휴직 특별약관

#### 비용 및 기타

24시간상해 소득보상금 특별약관  
업무중상해 소득보상금 특별약관  
교통상해 소득보상금 특별약관  
휴일교통상해 소득보상금 특별약관  
미아찾기 지원금 특별약관

성폭력범죄 특별약관  
 성폭력범죄상해 특별약관  
 실업 특별약관  
   - 실업 특별약관의 보험계약 및 가입금액 자동전환 추가특별약관  
 실업 특별약관(II)  
 자녀실종 특별약관  
 휴학 특별약관  
 미숙아 육아비용 특별약관  
 학업보충비용 특별약관  
 강력범죄 특별약관  
 강력범죄 특별약관II  
 강력범죄 특별약관III  
 과로사 특별약관  
 과로사관련 특정질병사망 및 과로사관련 특정질병 80%이상 고도후유장애 특별약관  
 강도손해 특별약관  
 도난손해 특별약관  
 의료사고 특별약관  
 의료사고법률비용 특별약관  
 전화금융사기(보이스피싱) 특별약관  
 출산비용 특별약관  
 셋째자녀 출산비용 특별약관  
 메신저금융사기(메신저피싱) 특별약관  
 폭력피해 특별약관  
 자녀양육비용 특별약관  
 국내연수 외국인 중대사고 구조송환비용 특별약관  
 청소년유괴·납치·인질일당 특별약관  
 휴업손해장해 특별약관  
 일상생활배상책임 특별약관  
 골프중 배상책임 특별약관

**제도성 특별약관**

가족종합 특별약관  
 상해사망후유장애 부보장 특별약관  
 보험계약 자동전환 특별약관  
 보험가입유형 및 가입금액 자동전환 특별약관  
 상품다수구매자 보험계약 특별약관  
   - 상품다수구매자 보험료정산 추가특별약관  
   - 상품다수구매자 보험료정산 추가특별약관II  
 보험기간 설정에 관한 특별약관  
 적용환율 특별약관  
 ( )보험금만의 지급 특별약관

보험료 자동이체 특별약관  
 보험료분납 특별약관  
 지정대리청구서비스 특별약관  
 가사사용인 단체계약 특별약관  
 단체 포괄계약 특별약관  
 연수업체 포괄계약 특별약관  
 단체피보험자 지위유지 특별약관  
   - 단체피보험자 지위유지 보험료정산 추가특별약관  
 장애인전용보험전환 특별약관

## 보통약관

### 제 1 관 목적 및 용어의 정의

**제1조(목적)** 이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

**제2조(용어의 정의)** 이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

#### 1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.

마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

#### 2. 지급사유 관련 용어

가. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

나. 장해: 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

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

#### 3. 이자율 관련 용어

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

나. 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율: 보험개발원이 정기적으로 산출하여 공시하는 이율로써 회사가 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에 적용합니다.

#### 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

**제3조(보험금의 지급사유)** 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금

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

**제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)** ① 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'에는 보험기간에 다음 어

느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」(【별표1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인)에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

**제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)** ①회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

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

**제6조(보험금 지급사유의 통지)** 계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

**제7조(보험금의 청구)** ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사 양식)
  2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
  3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
  4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정 상속인이 아닌자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제8조(보험금의 지급절차)** ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

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

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

로 한 경우

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

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

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 「보험금을 지급할 때의 적립이율」(【별표42】참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

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

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

**제9조(보험금 받는 방법의 변경)** ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

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

**제10조(주소변경통지)** ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

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

**제11조(보험수익자의 지정)** 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우는 피보험자의 법정상속인, 같은 조 제2호의 경우는 피보험자로 합니다.

**제12조(대표자의 지정)** ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

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

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

### 제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

**제13조(계약 전 알릴 의무)** 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

**제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)** ① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
  - 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
  - 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
  - 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

**[직업]**

- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분(예: 학생, 미취학아동, 무직 등)에 따른 위치나 자리를 말함

**[직무]**

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
    - 예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
  3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
    - 예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
  4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.





- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경 전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

**제15조(알릴 의무 위반의 효과)** ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
  2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
  2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
  3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
  4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한

때에는 계약을 해지할 수 있습니다)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 제36조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다. 또한 이 경우, 제36조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

**제16조(사기에 의한 계약)** 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

#### 제 4 관 보험계약의 성립과 유지

- 제17조(보험계약의 성립)** ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
  - ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
  - ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%'를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
  - ⑤ 회사는 계약자에게 보험증권을 드려야 합니다.
  - ⑥ 보험계약자의 요청이 있을 경우, 개별 피보험자에게는 가입증명서를 발급하여 드립니다.

**제18조(계약의 적용범위)** ① 피보험자가 다음 중 한가지의 단체에 소속되어야 하며, 단체를 대표하여 계

약자로 된 자가 단체보험 계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

1. 제1종 단체

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

2. 제2종 단체

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

3. 제3종 단체

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

② 제1항의 대상단체에 소속된 자로서 동일한 보험계약을 체결한 5인 이상의 피보험자로 피보험단체를 구성하여야 하며, 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 다음의 조건을 모두 충족하여야 합니다.

1. 단체의 내규에 의한 복지제도로써 노사합의에 의하며, 보험료의 일부를 단체 또는 단체의 대표자가 부담하여야 합니다.

2. 제1항 제2호 및 제3호에 해당하는 단체는 내규에 의해 단체의 대표자와 보험회사가 협정에 의해 체결하여야 합니다.

③ 계약자가 아닌 단체의 소속원이 보험료 전부 또는 일부를 부담하는 경우에는 1항에도 불구하고 그 소속원이 계약자로서의 권리를 행사할 수 있습니다.

**제19조(상법 제735조3의 적용)** ① 제18조(계약의 적용범위)의 단체가 피보험자를 확정할 수 있고 계약의 일괄적 관리가 가능하며, 규약에 따라 계약을 체결하는 경우 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않아도 되며, 계약자에게만 보험증권을 드릴 수 있습니다.

② 제1항의 규약은 보험의 종류 및 일괄 가입에 관한 사항이 포함되어야 하며, 동의 또는 협의를 통하여 피보험자들의 의사가 규약에 반영될 수 있어야 합니다. 다만, 보험수익자를 계약자 등 피보험자의 이해에 반하는 자로 지정하는 경우에는 해당 내용이 규약에 반영되어야 하며, 반영되지 않은 경우에는 별도 피보험자의 동의를 받아야 합니다.

③ 보험회사는 계약자를 통해 단체의 규약이 제2항을 충족하고 있는지 확인을 해야 하며 계약자는 이에 협조하여야 합니다.

**제20조(단체요율의 적용)** ① 제18조(계약의 적용범위)의 단체는 단체요율을 적용할 수 있습니다. 다만, 제3종 단체는 구성원이 명확하고 위험의 동질성이 확보되어야 합니다.

② 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 대상단체의 위험과 피보험단체의 위험의 동질성이 유지되어야 합니다.

**제21조(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.

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 계약

자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 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 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.

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

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

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

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

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

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

**제22조(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 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

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

**제23조(계약내용의 변경 등)** ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

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

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 제36조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

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

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

**제24조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체)** ① 계약을 맺은 후 보험의 목적을 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.

② 이 계약기간 중 보험의 목적 감소의 경우는 당해 보험의 목적의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 증가 또는 교체되는 보험의 목적의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 보험의 목적에 대하여는 보상하지 않습니다.

④ 제1항에 따라 보험의 목적이 교체되는 경우에는 보험의 목적 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입될 수 있으며, 보험의 목적 교체시점부터 잔여 보험기간(보험의 목적 교체전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상합니다.

**제25조(개별계약으로의 전환)** ① 피보험자가 퇴직 등의 사유로 인하여 단체에서 탈퇴하는 경우 피보험자가 보험료의 일부를 부담한 경우에 한하여 탈퇴일로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자는 회사의 승낙을 얻어 개별계약으로 전환할 수 있으며, 이 경우 피보험자는 개별계약의 계약자가 됩니다.

② 제1항에 따라 개별계약으로 전환 시에는 전환 후 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.

**제26조(보험나이 등)** ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

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

**【보험나이 계산 예시】**

생년월일: 1988년 10월 2일, 현재(계약일): 2014년 4월 13일

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

**제27조(계약의 소멸)** 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제 5 관 보험료의 납입**

**제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)** ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

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

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

1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

**제29조(제2회 이후 보험료의 납입)** 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

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

**제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)** ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입일일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
  2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우, 제36조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

**제31조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))** ① 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 제36조(보험료의 환급)에 따라 보험료를 돌려받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%' 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

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

**제32조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))** ① 제36조(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 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

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

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 보험수익자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)

을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

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

## 제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

**제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)** ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제22조(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 해지된 경우에는 제36조(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.

**제34조(중대사유로 인한 해지)** ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
  2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 제36조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

**제35조(회사의 파산선고와 해지)** ④ 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제36조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

**제36조(보험료의 환급)** ① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
  2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년 미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.
- ② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

- ③ 제1항 제2호에서 '계약자 또는 피보험자의 책임 있는 사유'라 함은 다음 각 호를 말합니다.
  1. 계약자 또는 피보험자가 임의 해지하는 경우
  2. 회사가 제16조(사기에 의한 계약), 제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 또는 제34조(중대사유로 인한 해지)에 따라 계약을 취소 또는 해지하는 경우
  3. 보험료 미납으로 인한 계약의 효력 상실
  - ④ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 돌려드려야 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**

**제37조(분쟁의 조정)** 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

**제38조(관할법원)** 이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

**제39조(소멸시효)** 보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

**【설명】**  
제3조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 2017년 1월1일에 발생하였음에도 2019년 12월 31일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

- 제40조(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.

**제41조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)** 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

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

- 제42조(회사의 손해배상책임)**
- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
  - ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여

계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.  
 ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

- 제43조(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.

**제44조(준거법)** 이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

**제45조(예금보험에 의한 지급보장)** 회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

## 보험료정산 추가약관

### 제1조(보험료의 정산)

- ① 회사는 보통약관 제24조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고 이 추가약관에 따라 보험료를 정산합니다.
- ② 회사는 보통약관 제24조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제3항과 관계없이 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상합니다.

### 제2조(피보험자의 명부)

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

### 제3조(예치보험료)

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

### 제4조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10일까지 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 보험기간 중이나 보험기간 만료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 제1호에 의한 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

### 제5조(준용규정)

이 추가약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 보험료정산 추가약관(병상해질병사망보장 특별약관용)

### 제1조 (보험료의 정산)

- ① 회사는 보통약관 제24조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고 이 추가약관에 따라 보험료를 정산합니다.
- ② 회사는 보통약관 제24조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제3항과 관계없이 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상합니다.

### 제2조(보험료정산기간)

- ① 보험기간동안 계약자와 회사가 정한 기간마다 보험료를 정산하기로 약정하고, 이 기간을 보험료 정산기간(이하 '정산기간'이라 합니다)이라 합니다.
- ② 계약자는 회사와 다음 중 어느 하나의 것으로 보험료를 정산하기로 약정하여야 합니다.
  1. 계약 기간중

- 매월 , - 매6개월 , - 기타  ( )

2. 보험기간 종료후

### 제3조(예치보험료)

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

### 제4조(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 10일 이내에 실제보험료를 아래와 같이 산출한 후 위 제3조의 예치보험료와의 차액을 받거나 돌려 드립니다. 다만, 실제보험료는 예치보험료의 2/3을 밑돌 수 없습니다.

$$\frac{(\text{정산기간 시작시 피보험자수} + \text{정산기간 종료시 피보험자수})}{2} \times 1\text{인당보험료} = \text{실제보험료}$$

### 제5조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 특별약관

### 상해사망 및 고도후유장해 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 ( )% 초과에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

#### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### ( )%이상 고도후유장해 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 ( )%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

#### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### ( )%미만 후유장해 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 ( )%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권에 기재된 보험가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

#### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 상해사망후유장해확장보상 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

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

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항 1호 내지 3호

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 휴일상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
  2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 법정공휴일은 사고발생지의 관공서의 공휴일에 관한 규정 및 국경일에 관한 법률, 근로자의 날 제정에 관한 법률에서 정한 휴일을 말합니다.

### 제2조(보장의 시기와 중기)

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

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 교통상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「아래의 사고로 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
- 가. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과

의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고 나. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고 다. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

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

② 제1항의 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 제2조에 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)

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 휴일교통상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 아래의 사고로 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
  - 가. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고 나. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고 다. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고
  2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제 1항의 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 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거



- 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
- 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

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

- 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
- 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

**제3조(보장의 시기와 중지)**

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

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**업무중 상해사망후유장해 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 보험기간 중에 「업무중(출·퇴근은 업무중으로 봅니다)에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접 결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
- 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

<용어풀이>  
업무란 산업재해보상보험법 제5조 제1호의 ‘업무상재해’에서 정의하고 있는 업무를 말합니다.

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**업무중(출·퇴근 제외) 상해사망후유장해 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 보험기간 중에 「업무중(출·퇴근은 제외합니다)에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

- 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

<용어풀이>  
업무란 산업재해보상보험법 제5조 제1호의 ‘업무상재해’에서 정의하고 있는 업무를 말합니다.

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**업무의 상해사망후유장해 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 보험기간 중에 「업무외(출·퇴근은 업무외로 봅니다)에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접 결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
- 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

<용어풀이>  
업무란 산업재해보상보험법 제5조 제1호의 ‘업무상재해’에서 정의하고 있는 업무를 말합니다.

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**휴가중상해사망후유장해 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 보험기간 중에 「휴가(직장·학교 따위의 단체에서 일정한 기간 동안 쉬는 일)중에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
- 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

**제2조(보장의 시기와 중지)**

회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 휴가일 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 휴가중교통상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「휴가(직장·학교 따위의 단체에서 일정한 기간 동안 쉬는 일)중에 아래의 발생한 사고로 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

가. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

나. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고

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

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

② 제 1항의 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 제2조에 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)

### 제2조(보장의 시기와 종기)

회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 휴가일 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 휴일교통상해사망후유장해 특별약관 및 보통약관을 따릅니다.

## 특수운동중 상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제2항제1호에도 불구하고 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로

하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩을 하는 동안에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 특수운전중 상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제2항제2호에도 불구하고 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전을 하는 동안에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 신주말상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「사고발생지의 금요일오후(12시에 시작하여 24시까지), 토요일, 법정공휴일(일요일 포함) 또는 근로자의 날 동안에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

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

### 제2조(보장의 시기와 종기)

회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 금요일 오후(12시에

시작하여 24시까지)와 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 신주말교통상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「사고발생지의 금요일오후(12시에 시작하여 24시까지), 토요일, 법정공휴일(일요일 포함) 또는 근로자의 날 동안에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로서 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
- 가. 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- 나. 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
- 다. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

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

② 제1항의 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 제2조에 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)

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

### 제3조(보장의 시기와 중기)

회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 금요일오후(12시에 시작하여 24시까지) 및 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 뽕소니·무보험차 상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「뽕소니사고 또는 무보험자동차에 의한 사고로 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로서 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항 제1호의 뽕소니사고라 함은 피보험자가 자동차보유자를 알 수 없는 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰관서에 뽕소니사고로 신고되어 자동차손해 배상 보장법상의 자동차보유자를 알 수 없는 자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.

③ 제1항 제1호의 무보험자동차에 의한 사고라 함은 피보험자가 자동차손해 배상 보장법상의 책임보험을 제외한 자동차보험(공제를 포함합니다)의 대인배상 책임보험에 가입되지 않은 자동차에 의해 상해를 입음으로써 손해배상청구권이 발생하는 경우를 말합니다. 단, 가해 자동차가 2대 이상인 경우에는 그 전부가 무보험자동차일 때에 한합니다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 않고 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해를 보상하지 않습니다.

- ① 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항
- ② 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운행하던 중 발생한 사고

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 태권도승단심사중 상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(적용범위)

이 태권도승단심사중 상해사망후유장해 특별약관은 특정기간을 보험계약기간으로 하여 동기간에 계약자가 통지한 피보험자의 태권도승단심사(승품심사를 포함하며, 이하 「태권도승단심사」라 합니다)를 제5조(심사참가자의 통지)의 통지조건에 따라 포괄적으로 부담하는 계약에 대하여 적용합니다.

### 제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「대한태권도협회(산하 시도지부를 포함하며, 이하 「단체」라 합니다)의 관리하에 행하는 태권도승단심사중에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로서 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

② 제1항의 “태권도승단심사중”이란 아래의 경우를 말합니다.

1. 태권도승단심사에 직접 참가중일 때
2. 태권도승단심사 시작전 또는 종료후에 태권도승단심사장소에 있는 동안
3. 태권도승단심사를 위해 계약자가 지정한 태권도승단심사장소와 피보험자의 주거지와의 통상적인 경로 통행중

### 제3조(피보험자의 범위)

피보험자는 단체에 태권도승단심사신청서를 제출한 후 태권도승단심사에 참가한 자(이하 「심사참가자」라 합니다)를 말합니다.

### 제4조(보험료)

- ① 계약을 체결할 때 계약자는 보험계약기간 중의 예상 심사참가자수 및 보험가입조건을 회사에 제출하여야 하며, 동 조건 등에 따라 산출된 1개월 이상의 추정보험료를 납입하여야 합니다.
- ② 회사는 제5조(심사참가자의 통지)에 의해 통지된 내용에 따라 매월 10일 실제보험료를 산출한 후 제1항의 추정보험료와의 차액을 받거나 돌려드립니다. 다만, 실제보험료는 추정보험료의 2/3를 밑돌 수 없습니다.

### 제5조(심사참가자의 통지)

계약자 또는 이들의 대리인은 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자의 【양식】의 해당사항을 서면통지(팩시밀리를 포함합니다)하여야 합니다.

### 제6조(피보험자의 명부)

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

### 제7조(보장의 시기 및 종기)

회사의 보상책임은 보험증권에 기재된 피보험자의 태권도승단심사일의 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

### 제8조(보험가입금액)

피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

### 제9조(적용특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

### 제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 【양식】

No.	피보험자명	주민등록번호	태권도승단심사일	비고

## 태권도승단심사중 상해사망후유장해 특별약관의 보험료정산 추가특별약관

### 제1조(보험료 정산)

회사는 태권도승단심사중 상해사망후유장해 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다) 제4조(보험료)에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.

### 제2조(보험료 정산기간)

특별약관 제1조(적용범위)의 보험계약기간 동안 매 3개월, 6개월 또는 1년 중 계약자와 회사가 정한 기간마다 보험료를 정산하기로 약정하고, 이 기간을 보험료 정산기간(이하 「정산기간」이라 합니다)이라 합니다.

### 제3조(예치보험료)

계약자는 제2조(보험료 정산기간)의 정산기간이 시작될 때마다 정산기간동안의 심사참가자수 및 보험가입조건 등을 회사에 제출하여야 하며, 동조건 등에 따라 산출된 추정보험료(이하 「예치보험료」라 합니다)를 납입하여야 합니다.

### 제4조(보험료의 정산방법)

회사는 특별약관 제5조(심사참가자의 통지)에 의해 통지된 내용에 따라 정산기간 동안의 실제보험료를 산출한 후 매 정산기간 종료후 7일 이내에 제3조(예치보험료)의 예치보험료와의 차액을 받거나 돌려 드립니다. 다만, 실제보험료는 예치보험료의 2/3를 밑돌 수 없습니다.

### 제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

## 강도상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
  1. 보험기간 중에 「강도에 의해 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
  2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 상해에는 강도의 강제력에 의해 유독가스 또는 유독물질을 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다.
- ③ 제1항의 강도는 폭행 또는 협박으로 인하여 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제3자로 하여금 이를 취득하게 한 자를 말하며, 강도에 대한 구체적인 정의는 형법 제333조 내지 336조를 따르며, 이에 따른 사고는 형법 제337조 내지 제339조에 의합니다.

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

### 제2조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인, 감수인 또는 보험수익자가 저지르거나 가담한 강도손해
2. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 강도손해
3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 유사한 변재가 일어났을 때에 생긴 강도손해
4. 형법 제340조의 해상강도손해
5. 피보험자의 의수, 의족, 의치 및 이와 유사한 신체보조장구에 입은 강도손해
6. 타인을 위한 보험계약에서 보험계약자의 고의

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 야간노상강도 상해사망후유장해 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「야간에 노상에서 강도에 의해 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로서 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

② 제 1조의 강도는 폭행 또는 협박으로 인하여 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제3자로 하여금 이를 취득하게 한 자를 말하며, 강도에 대한 구체적인 정의는 형법 제333조 내지 336조를 따르며, 이에 따른 사고는 형법 제337조 내지 제339조에 의합니다.

③ 제 1조의 강도에 의한 상해사고의 입증여부는 경찰신고서류, 경찰 또는 검찰 조사기록 등 관련 자료에 따릅니다.

#### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인, 감수인 또는 보험수익자가 저지르거나 가담한 강도손해
2. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 강도손해
3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 유사한 변재가 일어났을 때에 생긴 강도손해

4. 형법 제340조의 해상강도손해
5. 타인을 위한 보험계약에서 보험계약자의 고의

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<b>&lt;용어의 정의&gt;</b>
노상강도란 길 가는 사람을 협박하거나 폭행을 가하거나 하여 금품을 강탈하는 것을 의미하며 시장, 노점, 유원지, 산야, 공지와 같은 장소에서 발생하는 강도를 포함하나 건물내, 해상, 공사장, 흥행장, 학교, 부대와 같은 장소에서 발생하는 강도는 제외한다.
야간이란 발생시간이 오후 8시부터 오전 6시 59분까지를 의미한다.

### ATM 강도상해사망후유장해 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「ATM 사용시점으로부터 ( )시간 이내에 강도에 의해 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로서 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

② 제 1조의 강도는 폭행 또는 협박으로 인하여 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제3자로 하여금 이를 취득하게 한 자를 말하며, 강도에 대한 구체적인 정의는 형법 제333조 내지 336조를 따르며, 이에 따른 사고는 형법 제337조 내지 제339조에 의합니다.

③ 제 1조의 강도에 의한 상해사고의 입증여부는 경찰신고서류, 경찰 또는 검찰 조사기록 등 관련 자료에 따릅니다.

#### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인, 감수인 또는 보험수익자가 저지르거나 가담한 강도손해
2. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 강도손해
3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 유사한 변재가 일어났을 때에 생긴 강도손해
4. 형법 제340조의 해상강도손해
5. 타인을 위한 보험계약에서 보험계약자의 고의

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 체육시설 이용중 상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「보험증권에 기재된 체육시설업자(“체육시설의 설치,이용에 관한 법률”에 의거, 체육시설을 적법하게 설립,운영하는 체육시설업자) 관리하의 체육시설구내에서 운동종목 중 하나의 운동을 하던 중에 발생한 상해(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

②제1항의 운동종목은 아래 각 호의 운동으로 분류합니다.

1의 운동 : 레슬링, 권투, 씨름, 태권도 및 이와 유사한 운동

2의 운동 : 유도, 핸드볼, 농구, 볼링, 체조 및 이와 유사한 운동

3의 운동 : 검도, 펜싱, 스케이트, 탁구, 배구, 배드민턴, 골프, 수영, 에어로빅, 발레 및 이와 유사한 운동

### 제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 정하는 피보험자라 함은 보험증권에 기재된 시설을 이용하는 자로서 월회원 및 일일회원 모두를 말합니다.

### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

①회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항과 체육시설구외에서의 상해 및 피보험자가 체육시설업자에게 등록된 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 각호의 운동이외의 다른 운동을 체육시설에서 행할 경우 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 다만, 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호의 운동에 이어 제2호 또는 제3호의 운동을 계속할 경우 또는 제2호의 운동에 이어 제3호의 운동을 계속할 경우에 발생한 사고에 대해서는 보상합니다.

### 제4조(예치보험료)

예치보험료는 운동종목별로 계약체결일 이전 1개월동안 1일 평균 인원수에 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

### 제5조(보험료의 정산)

① 보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산하며 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상합니다.

1. 계약자는 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나, 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출해야 합니다.

2. 회사는 보험기간 만료와 동시에 위 제1호에 의한 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

② 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정된 경우 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.

### 제6조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

### 제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 골프중 상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 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 발생한 상해(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 익사 및 추락사망 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 익사사고 및 추락사고로 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

② 위 제1항의 익사사고라 함은 피보험자가 수영중 또는 다이빙중에 사망하는 사고와 기타 태풍, 홍수, 선박침몰, 실족사고 등으로 강, 하천, 바다 등에 빠져 사망하는 사고를 말합니다.

③ 위 제1항의 추락사고라 함은 「추락사고 분류표」(【별표54】참조)에 정한 사인을 말합니다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함)과 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 인한 추락사고
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때, 운행중의 교통수단과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 인한 추락사고
3. 화재사고로 인한 추락사고

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**항공기 1회 탑승당 상해사망후유장애 특별약관**

**제1조(보험금을 지급하는 사유)**

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
  1. 보험기간 중에 「항공기사고로 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
  2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장애보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제 1호에서「항공기사고」라 함은 항공기 탑승중의 사고, 비행장 구내에서의 사고 및 피보험자가 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지 항공운송업자가 제공하는 자동차 및 기타 교통수단에 탑승중의 사고를 말합니다. 여기서「비행장구내」란 비행기 탑승 시 각 항공사의 개찰구 안쪽을 말합니다.
- ③ 제 2항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ④ 제 2항에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
  2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
  3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
  4. 9종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다)
  5. 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 않은 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)외에 아래의 사유에 의해 발생한 손해에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
2. 하역작업을 하는 동안
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**의사상자 상해위험 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 보험기간 중에 직무 외의 행위로 위해(危害)에 처한 다른 사람의 생명·신체 또는 재산을 구하다가 사망하거나 부상을 입어 '의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률' 및 동시행령의 규정(「의상자 부상등급표 참조」(【별표36】참조))에 따라 의사상자로 판정되는 경우 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 아래와 같이 지급합니다.

판정구분		지급액
의 사 자		보험가입금액의 100%
의 상 자	1급	보험가입금액의 100%
	2급	보험가입금액의 88%
	3급	보험가입금액의 76%
	4급	보험가입금액의 64%
	5급	보험가입금액의 52%
	6급	보험가입금액의 40%
	7급	보험가입금액의 20%
	8급	보험가입금액의 10%
	9급	보험가입금액의 5%

**제2조(준용규정)** 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**특정여가활동중 상해사망후유장애 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「아래에 정한 행위를 하는 동안 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
  - 가. 다음에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있

는 병용시설을 말합니다. 단, 주택은 제외합니다. 이하 같습니다)내에서 하는 동안. 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠 시설내에서 탁,탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안

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

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

다. 낚시(직업적인 물고기잡이는 제외)를 하는 동안

라. 다음의 유료시설에 관객 또는 입장객으로 있는 동안. 단, 대상이 되는 시설은 시설내에 관리인이 있는 등 구체적으로 관리되고 있는 유료시설을 말하며, 이 시설이 무료 개방되는 경우에는 대상이 되지 않습니다.

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

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

마. 숙박을 동반한 여행목적을 갖고 주소지를 출발하여 당해 주소지에 도착할 때까지의 여행을 하는 동안. 단, 업무출장 및 업무목적을 병행하고 있는 여행은 제외합니다.

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

### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 레저활동중 상해사망후유장해 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「레저활동(주민등록상에 기재된 주택을 이탈하여 업무이외의 활동)을 하는 동안 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

② 위 제1항에서 업무라 함은 피보험자가 임금근로자(임시 및 일용직 포함) 및 자영업자인 경우 직업 및 직무에 종사하는 활동(출퇴근 포함)을 말하며, 학생의 경우 학업중활동(등학교 포함)을 말합니다.

#### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 임금근로자, 자영업자 또는 학생의 직업, 직무 또는 학업에 종사하는 활동중(출퇴근, 등학교 포함) 발생한 상해
2. 주택내에서 발생한 상해
3. 위 2.의 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.

### 가스사고 사망후유장해 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「가스사고로 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

#### <용어풀이>

가스사고라 함은 가스의 누출, 누출로 인한 폭발,화재 등의 사고, 가스시설 및 제품 결함,불량 등으로 인하여 발생한 사고를 말합니다.

#### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 가스사고 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 가스사고 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 가스사고 발생일부터 1년)중에 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 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

⑦ 다른 가스사고로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된



때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 후유장애보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 계약에서 후유장애보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 후유장애보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장애보험금에서 이를 차감하여 지급합니다. 후유장애보험금이 지급되지 않았던 후유장애

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 가스사고로 인한 후유장애보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항 1호 내지 3호
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 김스치료비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 김스(Cast)치료를 받은 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 김스치료비로 지급합니다.

② 위 제1항에서 김스(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 제2항에서 부목(Splint Cast)치료라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 동일한 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 김스(Cast)치료를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 김스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 보장합니다.

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 질병사망 및 질병80%이상 고도후유장애 특별약관(단체용)

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된

보험가입금액을 약정한 보험금으로 지급합니다.

1. 보험기간 중에 질병으로 사망하였을 경우 : 사망보험금
2. 보험기간 중 진단확정된 질병으로 「장애분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장애지급률이 80%이상에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 고도후유장애보험금

### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장애지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

④ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 후유장애보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 후유장애보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 계약에서 후유장애보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 후유장애보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장애보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 상해확장보장 추가특별약관(Ⅱ)

### 제1조(보험금의 지급사유)

④ 회사는 ( ) 특별약관의 '보험금의 지급사유'의 조항에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 발생한 상해 사고에 대해서도 '보험금의 지급사유'의 조항에 따라 보상합니다.

② 제1항에도 불구하고 ( ) 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 발생한 상해 사고와 관련된 보험금은 지급하지 않습니다.

③ 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 ( ) 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 익일 이내에 이 계약의 ( ) 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다.

### 제2조(준용규정)

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

## 질병사망 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병으로 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된 보험가입금액을 사망보험금으로 지급합니다.

### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 질병 50%이상 고도후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된 보험가입금액을 질병 50%이상 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우

에는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 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.

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

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 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 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 질병 80%미만 후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병으로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 「장해분류표」에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 보험수익자에게 질병 80%미만 후유장해보험금으로 지급합니다.

### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류

별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 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 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(「별표1」참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 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.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료

기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 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 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 식중독 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 음식물의 섭취로 인해 중독(이하「식중독」이라 합니다)이 발생하고 그 직접적인 결과로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에 입원하여 치료를 받은 경우 입원기간에 따라 아래에 정한 금액을 식중독보험금으로 지급합니다. 다만, 입원하지 않고 외래진료만 받은 경우는 제외합니다.

입원기간	2일이상 ~ 9일 이내	10일 이상
식중독보험금	10만원	50만원

② 피보험자가 식중독의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다. 그러나 식중독에 대한 입원이라도 식중독보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지난 이후에 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 제1항에서 식중독이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요증세로 하는 급성질환으로써 「식중독 분류표」(「별표7」참조)에 해당하는 질병으로 분류되는 경우를 말합니다.

### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 식중독 특별약관(II)

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 음식물의 섭취로 인해 중독(이하「식중독」이라 합니다)이 발생하고

그 직접적인 결과로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에 2일 이상 입원하여 치료를 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 식중독보험금으로 지급합니다. 다만, 입원하지 않고 외래진료만 받은 경우는 제외합니다.

② 피보험자가 식중독의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(식중독의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다. 그러나 식중독에 대한 입원이라도 식중독보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나고 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 제1항의 식중독이라 함은 음식을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요증세로 하는 급성질환으로써 「식중독 분류표」(【별표7】참조)에 해당하는 질병으로 분류되는 경우를 말합니다.

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

### 뇌졸중 진단비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 뇌졸중으로 진단 확정된 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중 진단비로 피보험자에게 지급합니다.

#### 제2조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① “뇌졸중”이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표12】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌졸중의 진단확정은 의료법에 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, 컴퓨터단층촬영(CT), 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

(1) 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

(2) 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

#### 제3조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

② 피보험자가 뇌졸중으로 진단 확정되어 진단비를 지급 받은 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 해당 보통약관을 따릅니다.

### 뇌출혈 진단비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 뇌출혈로 진단 확정된 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌출혈 진단비로 피보험자에게 지급합니다.

#### 제2조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① “뇌출혈”이라 함은 「뇌출혈 분류표」(【별표20】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제 3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌컴퓨터단층촬영(brain CT), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출컴퓨터단층촬영(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

(1) 보험기간 중 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

(2) 부검감정서상 사인이 뇌출혈로 확정되거나 추정되는 경우

#### 제3조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

② 피보험자가 뇌출혈로 진단 확정되어 진단비를 지급 받은 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 해당 보통약관을 따릅니다.

### 뇌혈관질환 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 제2조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 뇌혈관질환(이하 “뇌혈관질환”이라 합니다)으로 진단이 확정되고, 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 의료법제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다.) 등에 입원하여 의사의 치료를 받거나 수술을 받은 경우에는 이 특별약관에 따라 보상합니다.

② 피보험자가 뇌혈관질환으로 입원하여 의사의 치료를 받거나 수술할 경우 아래의 금액을 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

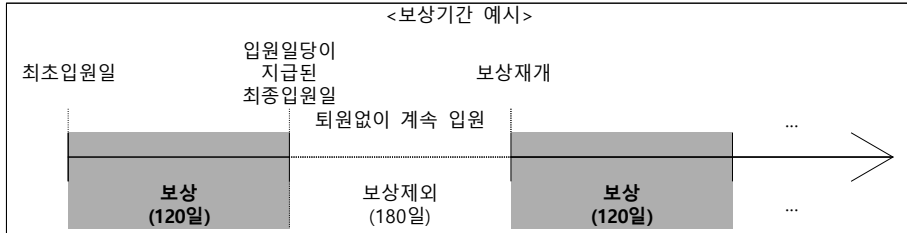
지급명칭	보상사유	지급금액
입원일당	뇌혈관질환으로 4일이상 계속 입원시	3일초과 1일당 ( )만원
수술비	뇌혈관질환으로 수술시	수술 1회당 ( )만원

③ 제2항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

④ 제2항의 경우 피보험자가 뇌혈관질환의 치료를 직접적으로 보험기간중 2회 이상 입원한 경우(뇌혈관질환의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 뇌혈관질환에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부

터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 제2항의 입원일당의 경우 피보험자가 뇌혈관질환에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 제3항의 규정에 따라 입원일당은 계속 보상합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받을 경우에는 하나의 수술로 봅니다.

**제2조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)**

- ① “뇌혈관질환”이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(「별표26」참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌컴퓨터단층촬영(brain CT), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출컴퓨터단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- (1) 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- (2) 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

**제3조(입원 및 수술의 정의와 장소)**

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

② 이 계약에 있어서 “뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 뇌혈관질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 뇌혈관질환의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 뇌혈관질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 뇌혈관질환으로 진단된 경우에는 이는 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 전자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액, 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

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

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 사항은 제외합니다.

**뇌혈관질환 진단비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단 확정된 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환 진단비로 지급합니다.

**제2조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)**

- ① “뇌혈관질환”이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(「별표26」참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌컴퓨터단층촬영(brain CT), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출컴퓨터단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- (1) 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- (2) 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

**제3조(특별약관의 소멸)**

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환 진단비를 지급한 때에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제4조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 뇌전증 진단비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 뇌전증으로 진단 확정된 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌전증 진단비로 지급합니다.

#### 제2조(뇌전증의 정의 및 진단확정)

① “뇌전증”이라 함은 「뇌전증 분류표」(【별표50】뇌전증 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 뇌전증, 뇌전증지속상태를 말합니다.

② “뇌전증”의 진단확정은 의료법에 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, 컴퓨터단층촬영(CT), 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- (1) 보험기간 중 뇌전증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- (2) 부검감정서상 사인이 뇌전증으로 확정되거나 추정되는 경우

#### 제3조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 피보험자가 뇌전증으로 진단 확정되어 진단비를 지급 받은 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 급성심근경색증진단비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증진단비로 피보험자에게 지급합니다.

#### 제2조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① “급성심근경색증”이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표13】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법에 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, 컴퓨터단층촬영(CT), 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다. 그

려나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- (1) 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- (2) 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

#### 제3조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 확정되어 진단급여금을 모두 지급 받은 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제4조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 해당 보통약관을 따릅니다.

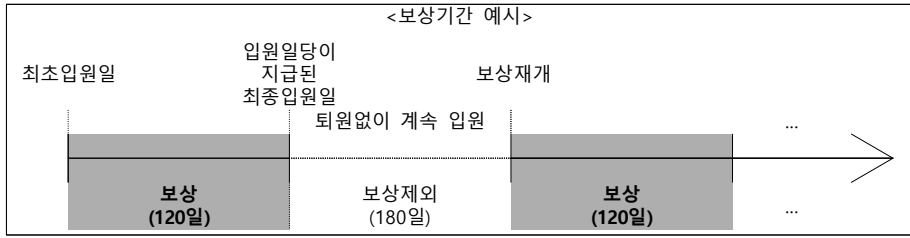
### 심장관련질병 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 제2조(심장관련질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 심장관련질병(이하 “심장관련질병”이라 합니다)으로 진단이 확정되고, 그 심장관련질병의 치료를 직접적인 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다.) 등에 입원하여 의사의 치료를 받거나 수술을 받은 경우에는 이 특별약관에 따라 보상합니다.
- ② 피보험자가 심장관련질병으로 입원하여 의사의 치료를 받거나 수술할 경우 아래의 금액을 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

지급명칭	보상사유	지급금액
입원일당	심장관련질병으로 4일이상 계속 입원시	3일초과 1일당 ( )만원
수술비	심장관련질병으로 수술시	수술 1회당 ( )만원

- ③ 제2항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ④ 제2항의 경우 피보험자가 심장관련질병의 치료를 직접적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우(심장관련질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 심장관련질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑥ 제2항의 입원일당의 경우 피보험자가 심장관련질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 제3항의 규정에 따라 입원일당은 계속 보상합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 피보험자가 동시에 두종류 이상의 수술을 받을 경우에는 하나의 수술로 봅니다.

**제2조(심장관련질병의 정의 및 진단확정)**

- ① "심장관련질병"이라 함은 「심장관련질병 분류표」(【별표25】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② "심장관련질병"의 진단확정은 의료법에 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, 컴퓨터단층촬영(CT), 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
  - (1) 보험기간 중 심장관련질병으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
  - (2) 부검감정서상 사인이 심장관련질병으로 확정되거나 추정되는 경우

**제3조(입원 및 수술의 정의와 장소)**

- ① 이 계약에서 "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 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 계약에 있어서 "심장관련질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 심장관련질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 심장관련질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 심장관련질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 심장관련질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 심장관련질병으로 진단된 경우에는 이는 심장관련질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘

라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액,조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

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

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 사항은 제외합니다.

**심장관련 소아특정질병 진단비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 보험기간 중에 심장관련 소아특정질병으로 진단확정되는 경우 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 심장관련 소아특정질병 진단비로 수익자에게 지급합니다.

**제2조(심장관련 소아특정질병의 정의 및 진단확정)**

- ① "심장관련 소아특정질병"이라 함은 "심장합병증을 동반한 가와사키병"과 "판막손상을 동반한 류마티스열"을 말합니다.
- ② 제1항에서 "심장합병증을 동반한 가와사키병"이라 함은 해당 전문의에 의하여 가와사키병으로 진단되고 심초음파상 반드시 가와사키병으로 인한 심장관상동맥의 확장이나 심장동맥류의 형성이 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "판막손상을 동반한 류마티스열"이라함은 해당 전문의에 의해 류마티스열로 진단되고 심초음파상 반드시 류마티스열에 의한 한개 이상의 심장판막 손상이 있어야합니다.
- ④ "심장관련 소아 특정질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의한 진단서에 의합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
  - (1) 보험기간 중 심장관련 소아 특정질병으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
  - (2) 부검감정서상 사인이 심장관련 소아 특정질병으로 확정되거나 추정되는 경우

**제3조(특별약관의 소멸)**

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장관련 소아특정질병 진단비를 지급한 때에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 심근병증 진단비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 심근병증으로 진단 확정된 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 심근병증 진단비로 지급합니다.

#### 제2조(심근병증의 정의 및 진단확정)

① "심근병증"이라 함은 「심근병증 분류표」(【별표51】심근병증 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 심근병증 및 달리 분류된 질환에서의 심근병증을 말합니다.

② "심근병증"의 진단확정은 의료법에 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, 컴퓨터단층촬영(CT), 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- (1) 보험기간 중 심근병증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- (2) 부검감정서상 사인이 심근병증으로 확정되거나 추정되는 경우

#### 제3조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 피보험자가 심근병증으로 진단 확정되어 진단비를 지급 받은 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 허혈성심장질환 진단비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 허혈성심장질환으로 진단 확정된 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환 진단비로 지급합니다.

#### 제2조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① "허혈성심장질환"이라 함은 「허혈성심장질환 분류표」(【별표31】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병

력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- (1) 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- (2) 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

#### 제3조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환 진단비를 지급한 때에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 고혈압성질환 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

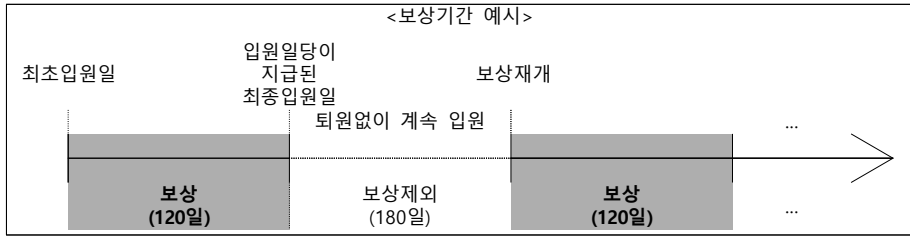
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 제2조(고혈압성질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 고혈압성질환(이하 "고혈압성질환"이라 합니다)으로 진단이 확정되고, 그 고혈압성질환의 치료를 직접적인 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다.) 등에 입원하여 의사의 치료를 받거나 수술을 받은 경우에는 이 특별약관에 따라 보상합니다.

② 피보험자가 고혈압성질환으로 입원하여 의사의 치료를 받거나 수술할 경우 아래의 금액을 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

지급명칭	보상사유	지급금액
입원일당	고혈압성질환으로 4일이상 계속 입원시	3일초과 1일당 ( )만원
수술비	고혈압성질환으로 수술시	수술 1회당 ( )만원

- ③ 제2항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ④ 제2항의 경우 피보험자가 고혈압성질환의 치료를 직접적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우(고혈압성질환의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 고혈압성질환에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.





- ⑥ 제2항의 입원일당의 경우 피보험자가 고혈압성질환에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 제3항의 규정에 따라 입원일당은 계속 보상합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 피보험자가 동시에 두종류 이상의 수술을 받을 경우에는 하나의 수술로 봅니다.

**제2조(고혈압성질환의 정의 및 진단확정)**

- ① “고혈압성질환”이라 함은 「고혈압성질환 분류표」(【별표27】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “고혈압성질환”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌컴퓨터단층촬영(brain CT), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출컴퓨터단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
  - (1) 보험기간 중 고혈압성질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
  - (2) 부검감정서상 사인이 고혈압성질환으로 확정되거나 추정되는 경우

**제3조(입원 및 수술의 정의와 장소)**

- ① 이 계약에서 “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 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “고혈압성질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 고혈압성질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 고혈압성질환의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 고혈압성질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 고혈압성질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 고혈압성질환으로 진단된 경우에는 이는 고혈압성질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서

의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액,조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

**<신의료기술평가위원회>**

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

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 사항은 제외합니다.

**녹내장 진단비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 녹내장으로 진단 확정된 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 녹내장 진단비로 지급합니다.

**제2조(녹내장의 정의 및 진단확정)**

- ① “녹내장”이라 함은 「녹내장 분류표」(【별표49】녹내장 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 녹내장, 달리 분류된 질환에서의 녹내장을 말합니다.
- ② “녹내장”의 진단확정은 의료법에 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, 컴퓨터단층촬영(CT), 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다.

**제3조(특별약관의 소멸)**

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 피보험자가 녹내장으로 진단 확정되어 진단비를 지급 받은 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**특정망막질환 진단비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 특정망막질환으로 진단 확정된 경우에는 1회에 한하

여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정망막질환 진단비로 지급합니다.

### 제2조(특정망막질환의 정의 및 진단확정)

- ① “특정망막질환”이라 함은 「특정망막질환 분류표」(【별표53】특정망막질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 특정망막질환을 말합니다.
- ② “특정망막질환”의 진단확정은 의료법에 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, 컴퓨터단층촬영(CT), 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다.

### 제3조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 피보험자가 특정망막질환으로 진단 확정되어 진단비를 지급 받은 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 대상포진 진단비 특별약관

### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 대상포진으로 진단 확정된 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 대상포진 진단비로 피보험자에게 지급합니다.

### 제2조 (대상포진의 정의 및 진단확정)

- ① “대상포진”이라 함은 「대상포진 분류표」(【별표47】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “대상포진”의 진단확정은 의료법에 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, 컴퓨터단층촬영(CT), 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다.

### 제3조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 피보험자가 대상포진으로 진단 확정되어 진단비를 지급 받은 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

### 제4조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 대상포진눈병 진단비 특별약관

### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 대상포진눈병으로 진단 확정된 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 대상포진 진단비로 피보험자에게 지급합니다.

### 제2조 (대상포진눈병의 정의 및 진단확정)

- ① “대상포진눈병”이라 함은 「대상포진눈병 분류표」(【별표48】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “대상포진눈병”의 진단확정은 의료법에 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, 컴퓨터단층촬영(CT), 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다.

### 제3조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 피보험자가 대상포진눈병으로 진단 확정되어 진단비를 지급 받은 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

### 제4조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 골절진단비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「골절 분류표」(【별표15】참조)에 정한 골절로 진단확정되었을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 지급합니다.
- ② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.
- ③ 동일한 상해를 직접적인 원인으로 하여 복합골절이 발생한 경우에는 골절진단비를 1회에 한하여 지급합니다.
- ④ 제1항에서 골절의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 골절진단비(치아파절제외) 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「골절(치아파절제외)분류표」(【별표38】참조)에 정한 골절로 진단 확정된 경우 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비(치아파절제외)로 지급합니다.

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

③ 동일한 상해를 직접적인 원인으로 하여 복합골절이 발생한 경우에는 골절진단비를 1회에 한하여 지급합니다.

④ 제1항에서 골절의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 수족골절진단비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「수족골절 분류표」(【별표37】참조)에 정한 골절로 진단확정 되었을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 수족골절진단비로 1회에 한하여 지급합니다.

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

③ 제1항에서 골절의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

#### 제2조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

② 회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 수족골절진단비를 지급한 때에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제3조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 탈구,신경손상,압착손상진단비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 「탈구,신경손상,압착손상 분류표」(【별표39】참조)에 정한 탈구, 신경손상, 압착손상으로 진단확정되었을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 탈구, 신경손상, 압착손상진단비로 지급합니다.

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때 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 1회에 한하여 지급합니다.

④ 제1항에서 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.

### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 외상성절단진단비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「외상성절단 분류표」(【별표40】참조)에 정한 외상성절단으로 진단확정되었을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 외상성절단진단비로 지급합니다.

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때 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 1회에 한하여 지급합니다.

④ 제1항에서 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.

#### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 전립선증식증 진단비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 전립선증식증으로 진단 확정된 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 전립선증식증 진단비로 지급합니다.

#### 제2조(전립선증식증의 정의 및 진단확정)

① “전립선증식증”이라 함은 「전립선증식증 분류표」(【별표52】전립선증식증 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 전립선증식증을 말합니다.

② “전립선증식증”의 진단확정은 의료법에 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, 컴퓨터단층촬영(CT), 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다.

#### 제3조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

② 피보험자가 전립선증식증으로 진단 확정되어 진단비를 지급 받은 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 헌혈후유증 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

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

#### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

#### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 화상진단비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「화상 분류표」(【별표18】참조)에 정한 화상으로 진단이 확정되었을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 지급합니다.
- ② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.
- ③ 제1항의 화상이라 함은 「화상 분류표」(【별표18】참조)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당하고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
- ④ 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 진단을 동시에 받은 경우에는 하나의 화상진단비만 지급합니다.

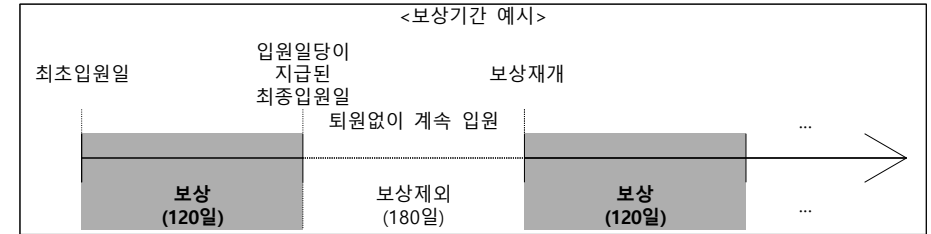
#### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 누적외상성질환(VDT중후군)입원일당 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 누적외상성질환(VDT중후군 포함)으로 진단이 확정되고, 그 누적외상성질환의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 누적외상성질환입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 원인의 누적외상성질환의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 원인의 누적외상성질환의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 원인의 누적외상성질환에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 보상합니다.

#### 제2조(정의 및 진단확정)

- ① 이 보험계약에 있어서 「누적외상성질환」이라 함은 「누적외상성질환(VDT중후군) 분류표」(【별표21】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “누적외상성질환”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

#### 제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 보험계약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 한의사 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자에게 누적외상성질환의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 보험계약에서 “누적외상성질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이라 함은 의사에 의해 누적외상성질환으로 진단되고 동 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 누적외상성질환의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 누적외상성질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 누적외상성질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 누적외상성질환으로 진단된 경우에는 이를 누적외상성질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 이 보험에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 누적외상성질환으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 특정전염병 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「특정전염병 분류표」(【별표17】참조) 에서 정한 특정전염병에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 특정전염병보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제1항의 진단이라 함은 전염병의 병원체가 인체 내에 침입하여 증상을 나타내는 자가, 「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」 제11조 제6항의 진단기준에 의한 의사의 진단 또는 보건복지부령으로 정하는 기관의 실험실 검사를 통하여 확인이 되고, 「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」 제11조에 의하여 해당 보건소장에게 전염병환자로 신고되는 것을 말합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(사망도 포함합니다)에는 피보험자가 특정전염병으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

#### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 정신질환 진단비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「정신질환」으로 최초 진단 확정된 경우 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 정신질환 진단비로 지급합니다. 즉, 이 특별약관의 보장개시일의 전일 이전에 발생한 「정신질환」은 보험금의 지급사유에서 제외됩니다.

#### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

#### 제3조(정신질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「정신질환」이라 함은 「정신질환 분류표」(【별표55】(정신질환 분류표) 참조)에서 정한 질병을 말하며, 「정신질환 분류표」 중 두 가지 이상의 대상질병에 대해 진단을 받은 경우에도 서로 다른 「정신질환」으로 보지 않고 하나의 「정신질환」으로 봅니다.

② 제1항의 「정신질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사자격을 가진 정신건강의학과 전문의에 의하여 내려져야 하며 이 상태가 14일 이상 지속된 경우를 의미합니다.

③ 제2항의 정신건강의학과 전문의에 의한 진단은 「정신질환 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)」, 심리검사, 임상학적 소견 등을 기초로 하여야 하며 회사는 정신질환의 조사나 진단 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 진단을 위해 실시한 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

#### 제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.

가. 의사진단서

나. 검사결과지

다. 진료기록부 사본

라. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

#### 제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 정신질환 진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제6조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 해당 보통약관을 따릅니다.

### 질병확장보장 추가특별약관(Ⅱ)

#### 제1조(계약의 적용 범위)

이 추가특별약관은 아래의 특별약관을 적용하는 경우 의무 부가됩니다.

1. 산업재해 장애 특별약관, 산업재해 질병장애 특별약관

2. 수술비 특별약관, 21대질병수술비 특별약관, 암수술 특별약관(Ⅰ), 암수술 특별약관(Ⅱ), 특정장기이식수술비 특별약관, 5대장기이식수술비 특별약관, 특정수술비 특별약관, 부인과질병수술비 특별약관, 조혈모세포이식수술비 특별약관, 충수염(맹장염)수술비 특별약관, 유방복원수술비 특별약관, 각막이식수술비 특별약관, 특정3대직장인질병수술비 특별약관, 1~5종 수술비 특별약관

3. 질병입원일당 특별약관, 질병입원일당 특별약관Ⅱ, 누적외상성질환(VDT중후군)입원일당 특별약관, 암입원일당 특별약관(Ⅰ), 암입원일당 특별약관(Ⅱ), 요양병원 암입원일당 특별약관(Ⅰ), 요양병원 암입원일당 특별약관(Ⅱ), 질병중환자실입원일당 특별약관, 뇌졸중 입원일당 특별약관, 급성심근경색증 입원일당 특별약관, 질병입원비용 특별약관

4. 심장관련질병 특별약관, 뇌혈관질환 특별약관, 고혈압성질환 특별약관, 대상포진 진단비 특별약관, 대상포진뇌병 진단비 특별약관

5. 치아보철치료비(정액)(Ⅱ) 특별약관, 치아보철치료비(정액)(Ⅲ) 특별약관, 치아보존치료비(정액)(Ⅰ) 특별약관, 치아보존치료비(정액)(Ⅱ) 특별약관, 치아보존치료비(정액)(Ⅲ) 특별약관, 크라운보존치료비(Ⅰ) 특별약관, 크라운보존치료비(Ⅱ) 특별약관, 크라운보존치료비(Ⅲ) 특별약관

- 6. 휴학 특별약관, 학업보충비용 특별약관, 한국방송공사(KBS) 휴직 특별약관, 갑치치료비 특별약관, 해외치료 입원의료비 특별약관

**제2조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 ( ) 특별약관의 '보험금의 지급사유'의 조항에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병에 대해서도 '보험금의 지급사유'의 조항에 따라 보상합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 ( ) 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 진단 확정된 질병과 관련된 보험금은 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 ( ) 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 익일 이내에 이 계약의 ( ) 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다.

**제3조(준용규정)**

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

**암사망 및 암 80%이상 고도후유장해 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된 보험가입금액을 약정한 보험금으로 지급합니다.
  - 1. 보험기간 중에 암으로 사망하였을 경우 : 사망보험금
  - 2. 보험기간 중 진단확정된 암으로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금
- ② 위 제1항의 암에 대한 보장개시일은 15세미만의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로 하며, 15세 이상의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 위 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.
- ③ 제2항의 ( )일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

**제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 암의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 암의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 암의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑥ 같은 암으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 다른 암으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

**제3조(암의 정의 및 진단확정)**

- ① 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)와 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병은 위의 분류에서 제외합니다.
- ② 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 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.

**【유의사항】**

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**암치료비 특별약관(I)**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일 이후에 특정암, 일반암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정된 경우 아래에 정한 금액을 각각 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	암진단확정보험금
특정암 진단확정시	보험가입금액의 ( )%
일반암 진단확정시(기타피부암 제외)	보험가입금액의 ( )%
기타피부암 진단확정시	보험가입금액의 ( )%
제자리암 진단확정시	보험가입금액의 ( )%
경계성종양 진단확정시	보험가입금액의 ( )%

② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 15세미만의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로 하며, 15세 이상의 피보험자에 대하여 특정암, 일반암의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 하며, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 위 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제2항의 ( )일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

**제2조(암의 정의 및 진단확정)**

① 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癆)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)와 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병은 위의 분류에서 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 「일반암」이라 함은 「특정암 이외의 암」을 말하고, 「특정암」이라 함은 해당 피보험자가 남자인 경우에는 「3대암」을, 여자인 경우에는 「여성특정암」을 말합니다.(이하 「3대암」 및 「여성특정암」을 「특정암」이라 합니다.)

1. 「3대암」이라 함은 「3대암 분류표」(【별표9】참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癆)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 상기 분류에서 제외합니다.

2. 「여성특정암」이라 함은 「여성특정암 분류표」(【별표10】참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癆)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 상기 분류에서 제외합니다.

③ 이 계약에 있어서 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병 중 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표4】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 계약에 있어서 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표11】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

다.

【유의사항】
한국표준질병-사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**제3조(특별약관의 소멸)**

① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정암, 일반암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양 손해를 각 1회씩 모두 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**암치료비 특별약관(II)**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정된 경우 아래에 정한 금액을 각각 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	암진단확정보험금
암 진단확정시(기타피부암 제외)	보험가입금액의 ( )%
기타피부암 진단확정시	보험가입금액의 ( )%
제자리암 진단확정시	보험가입금액의 ( )%
경계성종양 진단확정시	보험가입금액의 ( )%

② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 15세미만의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로 하며, 15세 이상의 피보험자에 대하여 일반암의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 하며, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 위 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제2항의 ( )일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

**제2조(암의 정의 및 진단확정)**

① 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癆)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)와 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병은 위의 분류에서 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병 중 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표4】참조)에서 정한 질병을 말합

니다.

④ 이 계약에 있어서 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표11】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【유의사항】**

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**제3조(특별약관의 소멸)**

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암, 제자리암, 기타피부암 또는 경계성종양 손해를 각 1회씩 모두 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**암치료비 특별약관(Ⅲ)**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단확정된 경우 아래에 정한 금액을 각각 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	암진단확정보험금
암 진단확정시(기타피부암, 갑상선암 제외)	보험가입금액의 ( )%
기타피부암 진단확정시	보험가입금액의 ( )%
제자리암 진단확정시	보험가입금액의 ( )%
경계성종양 진단확정시	보험가입금액의 ( )%
갑상선암 진단확정시	보험가입금액의 ( )%

- ② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 15세미만의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로 하며, 15세이상의 피보험자에 대하여 일반암의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 하며, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암의 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 위 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.
- ③ 제2항의 ( )일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

**제2조(암의 정의 및 진단확정)**

④ 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태) 와 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44 및 C73에 해당하는 질병은 위의 분류에서 제외합니다.

⑤ 이 계약에 있어서 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병 중 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 계약에 있어서 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표4】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑦ 이 계약에 있어서 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표11】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑧ 이 계약에 있어서 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병 중 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

⑨ 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【유의사항】**

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**제3조(특별약관의 소멸)**

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암 손해를 각 1회씩 모두 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**암치료비 특별약관(Ⅳ)**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일 이후에 특정암, 일반암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단확정된 경우 아래에 정한 금액을 각각 1회에 한하여 지급합니다.



구 분	암진단확정보험금
특정암 진단확정시	보험가입금액의 ( )%
일반암 진단확정시(기타피부암, 갑상선암 제외)	보험가입금액의 ( )%
기타피부암 진단확정시	보험가입금액의 ( )%
제자리암 진단확정시	보험가입금액의 ( )%
경계성종양 진단확정시	보험가입금액의 ( )%
갑상선암 진단확정시	보험가입금액의 ( )%

② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 15세미만의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로 하며, 15세 이상의 피보험자에 대하여 특정암, 일반암의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 하며, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암의 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 위 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제3항의 ( )일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

### 제2조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)와 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44 및 C73에 해당하는 질병은 위의 분류에서 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 「일반암」이라 함은 「특정암 이외의 암」을 말하고, 「특정암」이라 함은 해당 피보험자가 남자인 경우에는 「3대암」을, 여자인 경우에는 「여성특정암」을 말합니다.(이하 「3대암」 및 「여성특정암」을 「특정암」이라 합니다.)

1. 「3대암」이라 함은 「3대암 분류표」(【별표9】참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 상기 분류에서 제외합니다.

2. 「여성특정암」이라 함은 「여성특정암 분류표」(【별표10】참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 상기 분류에서 제외합니다.

③ 이 계약에 있어서 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병 중 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표4】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 계약에 있어서 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표11】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ 이 계약에 있어서 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병 중 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 특정암, 일반암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 특정암, 일반암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

### 【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

### 제3조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정암, 일반암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암 손해를 각 1회씩 모두 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 3대암치료비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일 이후에 3대암으로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 1회에 한하여 3대암치료비 보험금으로 지급합니다.

② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 15세미만의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로 하며, 15세 이상의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 위 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제2항의 ( )일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

### 제2조(3대암의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 「3대암」이라 함은 남성의 경우는 「3대암 분류표」(【별표9】참조)에서 정한 질병을 말하며, 여성의 경우에는 「여성3대암 분류표」(【별표19】참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 위의 분류에서 제외합니다.

② 3대암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 3대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

### 【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

### 제3조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대암치료비 보험금을 지급한 때에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 고액치료비암진단비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일 이후에 고액치료비암으로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 1회에 한하여 고액치료비암진단비로 지급합니다.
- ② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 15세미만의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로 하며, 15세 이상의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 위 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.
- ③ 제2항의 ( )일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

### 제2조(고액치료비암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 「고액치료비암」이라 함은 「고액치료비암 분류표」(【별표33】참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 위의 분류에서 제외합니다.
- ② 고액치료비암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

#### 【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

### 제3조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 고액치료비암진단비를 지급한 때에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 소아3대암 진단비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일 이후에 소아3대암으로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 1회에 한하여 소아3대암진단비로 지급합니다.
- ② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 15세미만의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로 하며, 15세 이상의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 위 1의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.
- ③ 제2항의 ( )일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

### 제2조(소아 3대암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 「소아3대암」이라 함은 「소아3대암 분류표」(【별표16】참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 위의 분류에서 제외합니다.
- ② 소아3대암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 소아3대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

#### 【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

### 제3조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 소아3대암진단비를 지급한 때에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 소아3대암 진단비 특별약관의 보험계약 및 가입금액 자동전환 추가특별약관

### 제1조(적용 범위)

이 추가특별약관은 회사와 계약자간에 보험계약의 자동전환에 대하여 합의가 되었을 때 적용합니다.

### 제2조(보험계약의 전환)

- ① 회사와 보험계약자가 소아3대암 진단비 특별약관을 자동전환 하기로 약정한 경우, 피보험자가 보험기간 중에 만5세에 도달하면 별도의 의사표시가 없더라도 소아3대암진단비 특별약관은 ( ) 특별약관으로 자동 전환되는 것으로 합니다.
- ② 회사와 보험계약자간의 약정에 따라 보험계약이 자동 전환된 경우에는 회사는 보험증권을 계약자에게 드리지 않습니다.

### 제3조(전환 후 특별약관의 가입금액 설정)

보험계약의 자동전환 시 ( ) 특별약관의 보험료는 전환하기 전 소아3대암진단비 특별약관의 미경과보험료와 동액으로 하며, 전환 후 ( ) 특별약관의 가입금액은 소아3대암진단비 특별약관의 미경과기간에 대하여 일할로 계산된 보험료를 기초로 하여 산출합니다.

### 제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

## 여성특정암진단비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일 이후에 여성특정암으로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 1회에 한하여 여성특정암진단비로 지급합니다.
- ② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 15세미만의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로 하며, 15세이상의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 위 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.
- ③ 제2항의 ( )일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

### 제2조(여성특정암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 「여성특정암」이라 함은 「여성특정암 분류표」(별표10)참조에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 위의 분류에서 제외합니다.
- ② 여성특정암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 여성특정암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있

어야 합니다.

### 【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

### 제3조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성특정암진단비를 지급한 때에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 암수술 특별약관(I)

### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 암수술비로 지급합니다.
- ② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 15세미만의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로 하며, 15세이상의 피보험자에 대하여 암의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 하며, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 위 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.
- ③ 제2항의 ( )일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

### 제2조(암의 직접적인 치료의 정의)

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

3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.
  1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
  2. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
  3. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
  4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)를 이유로 수술시에는 암수술비 보험가입금액을 아래와 같이 피보험자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 암수술을 받을 경우에는 하나의 암수술에 해당하는 암수술비만을 지급합니다.

구 분	암수술비 보험가입금액
일반암으로 수술시(기타피부암 제외)	보험가입금액
기타피부암으로 수술시	보험가입금액의 ( )%
제자리암으로 수술시	보험가입금액의 ( )%
경계성종양으로 수술시	보험가입금액의 ( )%

**제4조(수술의 정의 및 장소)**

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

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

**제5조(암의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)와 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병은 위의 분류에서 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병 중 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표4】참조)에서 정한 질병을 말합

- 니다.
- ④ 이 계약에 있어서 「경계성종양」「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표11】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
  - ⑤ 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【유의사항】**  
한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**제6조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**암수술 특별약관(Ⅱ)**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 암수술비로 지급합니다.
- ② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 15세미만의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로 하며, 15세이상의 피보험자에 대하여 암의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 하며, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암의 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 위 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.
- ③ 제2항의 ( )일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

**제2조(암의 직접적인 치료의 정의)**

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

증되지 않은 치료

2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.
  1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
  2. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
  3. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
  4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)를 이유로 수술시에는 암수술비 보험가입금액을 아래와 같이 피보험자에게 지급합니다.

구 분	암수술비
일반암으로 수술시(기타피부암 및 갑상선암 제외)	보험가입금액
기타피부암으로 수술시	보험가입금액의 ( )%
제자리암으로 수술시	보험가입금액의 ( )%
경계성종양으로 수술시	보험가입금액의 ( )%
갑상선암으로 수술시	보험가입금액의 ( )%

② 피보험자 동시에 두 종류 이상의 암수술을 받을 경우에는 하나의 암수술에 해당하는 암수술비만을 지급합니다.

**제4조(수술의 정의 및 장소)**

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

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

**제5조(암의 정의 및 진단확정)**

① 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癩)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태) 와 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44 및 C73에 해당하는 질병은 위의 분류에서 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병 중 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표4】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 「경계성종양」「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표11】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 계약에 있어서 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병 중 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

**【유의사항】**

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**제6조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**암입원일당 특별약관(I)**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 '요양병원'을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 암입원일당으로 지급합니다.

② 제1항의 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 15세미만의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로 하며, 15세이상의 피보험자에 대하여 암의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 하며, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 위 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

**【요양병원의 정의】**

'요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목에서 정한 요양병원을 말합니다.

**제2조(암의 직접적인 치료의 정의)**

① '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성

과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’라 합니다)를 말합니다.

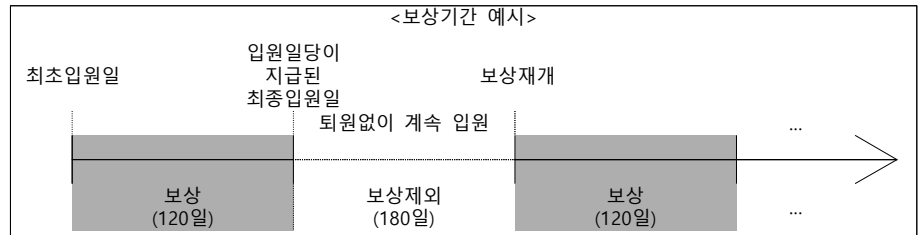
② ‘암의 직접적인 치료’에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ ‘암의 직접적인 치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
  2. 면역력 강화 치료
  3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 ‘암의 직접적인 치료’로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
  2. ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
  3. ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
  4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)의 입원시는 3일 초과 1일당 보험증권에 기재된 입원일당을 지급합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(암의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 암에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 피보험자가 암에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)를 이유로 입원시에는 암입원일당을 아래와 같이 피보험자에게 지급합니다.

구 분	암입원일당
일반암으로 입원시(기타피부암 제외)	보험가입금액 ( )%
기타피부암으로 입원시	보험가입금액의 ( )%
제자리암으로 입원시	보험가입금액의 ( )%
경계성종양으로 입원시	보험가입금액의 ( )%

⑧ 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 암입원을 받을 경우에는 하나의 암입원에 해당하는 암입원일당만을 지급합니다.

**제4조(암의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)와 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병은 위의 분류에서 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병 중 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표4】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표11】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【유의사항】**

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**제5조(입원의 정의와 장소)**

- ① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진 자 (이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원은 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 암의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 암의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 암으로 진단된 경우에는 이는 암의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

**제6조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**암입원일당 특별약관(II)**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 '요양병원'을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 암입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 15세미만의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로 하며, 15세 이상의 피보험자에 대하여 암의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 하며, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암의 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 위 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

**【요양병원의 정의】**

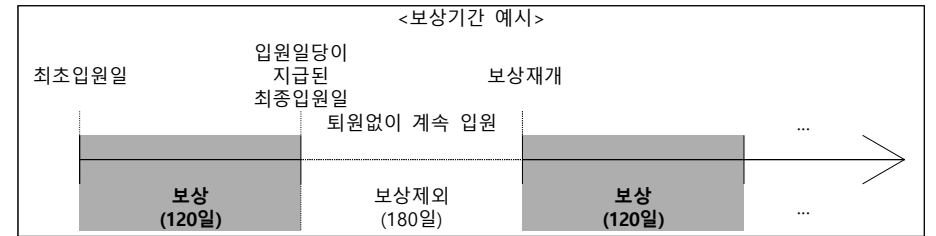
'요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목에서 정한 요양병원을 말합니다.

**제2조(암의 직접적인 치료의 정의)**

- ① '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.
- ② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
  - 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
  - 2. 면역력 강화 치료
  - 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.
  - 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
  - 2. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
  - 3. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
  - 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

**제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)의 입원시는 3일 초과 1일당 보험증권에 기재된 입원일당을 지급합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(암의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 암에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 피보험자가 암에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)를 이유로 입원시에는 암입원일당을 아래와 같이 피보험자에게 지급합니다.

구 분	암입원일당
일반암으로 입원시(기타피부암 제외)	보험가입금액
기타피부암으로 입원시	보험가입금액의 ( )%
제자리암으로 입원시	보험가입금액의 ( )%
경계성종양으로 입원시	보험가입금액의 ( )%
갑상선암으로 입원시	보험가입금액의 ( )%

- ⑧ 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 암입원을 받을 경우에는 하나의 암입원에 해당하는 암입원일당만을 지급합니다.

**제4조(암의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)와 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44 및 C73에 해당하는 질병은 위의 분류에서 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병 중 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표4】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표11】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 계약에 있어서 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병 중 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부혈자가 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【유의사항】**

한국표준질병-사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**제5조(입원의 정의와 장소)**

① 이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진 자 (이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원은 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 암의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 암의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 암으로 진단된 경우에는 이는 암의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

**제6조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**요양병원 암입원일당 특별약관(I)**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 목적으로 ‘요양병원’에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 1일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 암입원일당으로 지급합니다.

② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 15세미만의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로 하며, 15세 이상의 피보험자에 대하여 암의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로

하며, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 위 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

**【요양병원의 정의】**

‘요양병원’이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목에서 정한 요양병원을 말합니다.

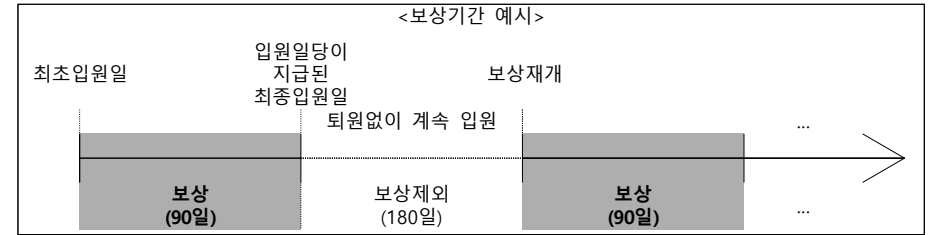
**제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)의 입원시는 1일당 보험증권에 기재된 입원일당을 지급합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

③ 피보험자가 동일한 암의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(암의 치료를 목적으로 요양병원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 암에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일 부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 암에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 보상합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)를 이유로 입원시에는 암입원일당을 아래와 같이 피보험자에게 지급합니다.

구분	암입원일당
일반암으로 입원시(기타피부암 제외)	보험가입금액 ( )%
기타피부암으로 입원시	보험가입금액의 ( )%
제자리암으로 입원시	보험가입금액의 ( )%
경계성종양으로 입원시	보험가입금액의 ( )%

⑧ 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 암입원을 받을 경우에는 하나의 암입원에 해당하는 암입원일당만을 지급합니다.

**제3조(암의 정의 및 진단확정)**

① 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병을 말합니다.



다만, 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태) 와 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44 및 C73에 해당하는 질병은 위의 분류에서 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병 중 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표4】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표11】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【유의사항】**

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**제4조(입원의 정의와 장소)**

이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진 자 (이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 규정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제5조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**요양병원 암입원일당 특별약관(Ⅱ)**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 암에 대한 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 목적으로 ‘요양병원’에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 1일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 암입원일당으로 지급합니다.

② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 15세미만의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로 하며, 15세 이상의 피보험자에 대하여 암의 경우 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 하며, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암의 경우 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 위 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

**【요양병원의 정의】**

‘요양병원’이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목에서 정한 요양병원을 말합니다.

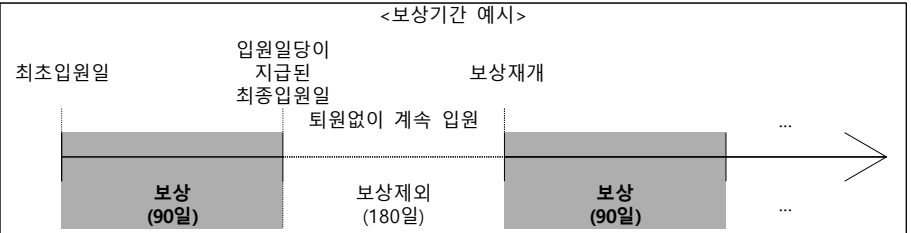
**제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)의 입원시는 1일당 보험증권에 기재된 입원일당을 지급합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

③ 피보험자가 동일한 암의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(암의 치료를 목적으로 요양병원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 암에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 암에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 보상합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)를 이유로 입원시에는 암입원일당을 아래와 같이 피보험자에게 지급합니다.

구 분	암입원일당
일반암으로 입원시(기타피부암 제외)	보험가입금액
기타피부암으로 입원시	보험가입금액의 ( )%
제자리암으로 입원시	보험가입금액의 ( )%
경계성종양으로 입원시	보험가입금액의 ( )%
갑상선암으로 입원시	보험가입금액의 ( )%

⑧ 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 암입원을 받을 경우에는 하나의 암입원에 해당하는 암입원일당을 지급합니다.

**제3조(암의 정의 및 진단확정)**

① 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태) 와 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44 및 C73에 해당하는 질병은 위의 분류에서 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병 중

악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표4】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표11】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 계약에 있어서 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표3】참조)에서 정한 질병 중 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

#### 【유의사항】

한국표준질병-사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

#### 제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진 자 (이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 규정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

#### 제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 치아보철치료비(정액)(II) 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 치아(부분 의치 등 신체에 이식 되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해 또는 본 특약의 용어정의규정에 의한 치아우식(질병분류코드 K02) 또는 치수 및 근단주위조직의 질환(질병분류코드 K04) 또는 치은염 및 치주질환(질병분류코드 K05) 또는 치아경조직의 기타 질환(치아마모증 포함;질병분류코드 K03)으로 보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정 받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 해당치아의 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원에서 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 치아보철치료가 개시되었을 경우 연간 1개를 한도로 보험수익자에게 보험증권에 기재된 금액을 치아보철치료비보험금으로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간 중 제1항에서 정한 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관 만료 후 치료하는 경우, 보험기간 만료 180일(보험기간이 1년 이

하인 경우 90일) 이내의 치아치료는 보상합니다.

#### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 치아보철치료비는 보상하지 않습니다.

1. 매복치 및 매몰치(Embedded and impacted teeth)또는 제3대구치(사랑니)에 대한 보철치료

#### 제3조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 수익자)는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 및 아래의 치아보철치료관련 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- 치아보철치료 진단서  
가. 영구치 치료의 위치(또는 치아번호) 및 일자  
나. 영구치 치료전 치아상태  
다. 직접적인 치아보철치료의 원인  
라. 치아보철치료의 종류 및 치료종료일
- 치과진료 기록 사본

#### 제4조(특별약관의 소멸)

- 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- 회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아보철치료비보험금을 지급한 때에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

#### 제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

#### <용어정의>

① “치아우식”이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하며 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 근단주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.

② “치주질환”이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

③ “영구치”란 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齧式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.

④ “치아보철치료”라 함은 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)의 세 가지 치료를 말합니다.

가. “가철성의치(Denture)”란 일반적으로 틀니라고 말하며 영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때 인공적으로 대처하는 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 점막에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위 조직을 대신하는 인공 보철물입니다.

나. "고정성가공의치(Bridge)"란 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 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.

다. "임플란트(Implant)"란 점막 또는 골막층 하방 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 이물 성형 재료를 매식한 후 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

### 치아보철치료비(정액)(Ⅲ) 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

- 회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 치아(부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해 또는 본 특약의 용어정의규정에 의한 치아우식(질병분류코드 K02) 또는 치수 및 근단주위조직의 질환(질병분류코드 K04) 또는 치은염 및 치주질환(질병분류코드 K05) 또는 치아경조직의 기타 질환(치아마모증 포함; 질병분류코드 K03)으로 보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정 받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 해당치아의 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원에서 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 보험기간 중에 치아보철치료가 개시되었을 경우 보험수익자에게 제2조(보험금 지급기준)에 따라 보험증권에 기재된 금액을 치아보철치료비(Ⅲ) 보험금으로 지급합니다.
- 제1항에도 불구하고 보험기간 중 제1항에서 정한 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관 만료 후 치료하는 경우, 보험기간 만료 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치아치료는 보상합니다.

#### 제2조(보험금 지급기준)

회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 치아보철치료를 받고 해당 치료가 종료된 경우 아래에 따라 보험증권에 기재된 금액을 치아보철치료비(Ⅲ)보험금으로 지급합니다.

구분	치아보철치료비(Ⅲ)	지급한도
임플란트	영구치발거 1개당 ( )만원	연간 3개
고정성가공의치(브릿지)	영구치발거 1개당 ( )만원	연간 3개
가철성의치(틀니)	보철물당 ( )만원	연간 1개

#### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 치아보철치료비는 보상하지 않습니다.

- 매복치 및 매몰치(Embedded and impacted teeth)또는 제3대구치(사랑니)에 대한 보철치료

#### 제4조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 수익자)는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 및 아래의 치아보철치료관련 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- 치아보철치료 진단서
  - 영구치 치료의 위치(또는 치아번호) 및 일자
  - 영구치 치료전 치아상태
  - 직접적인 치아보철치료의 원인
  - 치아보철치료의 종류 및 치료종료일
- 치과진료 기록 사본

#### 제5조(특별약관의 소멸)

- 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- 회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아보철치료비(Ⅲ)보험금을 지급한 때에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

#### 제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

#### <용어정의>

- "치아우식"이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하며 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 근단주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
- "치주질환"이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.
- "영구치"란 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齧式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
- "치아보철치료"라 함은 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)의 세 가지 치료를 말합니다.

가. "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 점막에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위 조직을 대신하는 인공 보철물입니다.

나. "고정성가공의치(Bridge)"란 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 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.

다. "임플란트(Implant)"란 점막 또는 골막층 하방 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 이물 성형

재료를 매식한 후 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

### 치아보존치료비(정액)(I) 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원에서 치과의사 면허를 가진 자에 의해 다음에 해당하는 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 제2조(보험금 지급기준)에 따라 보험증권에 기재된 금액과 한도로 치아보존치료비(I)보험금을 지급합니다.

1. 보장개시일 이후에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 치아(부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고(이하 "상해"라 합니다), 해당 치아의 치료를 목적으로 치아보존치료를 받았을 때
2. 보장개시일 이후에 본 특약의 용어정의규정에 의한 치아우식(질병분류코드 K02) 또는 치수 및 근단주위조직의 질환(질병분류코드 K04) 또는 치은염 및 치주질환(질병분류코드 K05) 또는 치아경조직의 기타 질환(치아마모증 포함;질병분류코드 K03)으로 진단확정 받고 동일한 치아의 치료를 목적으로 치아보존치료를 받았을 때 : 치아보존치료비보험금 지급(단, 치아 1개당 지급함)
- ② 치아보존치료에 대한 보장개시일은 보험기간 첫날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 제1항에서 정한 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관 만료 후 치료하는 경우, 보험기간 만료 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치아치료는 보상합니다.

#### 제2조(보험금 지급기준)

① 회사는 아래에 정한 금액을 치아보존치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	보험금	지급한도
치아보존치료비(I)보험금	치아 1개당 ( )만원	연간 ( )회

② 피보험자가 하나의 치아에 2회 이상의 치아보존치료를 받은 경우 각각에 대하여 치아보존치료비보험금을 지급합니다.

③ 이 계약에서 보험금 지급사유의 대상이 되지 않는 "치아보존치료"의 원인은 제1조 제1항에서 정한 상해, 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환), 치아경조직의 기타 질환 이외의 원인으로서 다음과 같습니다.

1. 임시적 보존치료  
해당 치아를 발치후 치아보철을 하기 위한 의료행위의 일부(치주질환의 치료 목적 등)로서 임시적으로 시행한 치아보존치료
2. 예방목적의 치료  
치아우식증 및 치주질환 등의 예방목적으로 건강한 치아에 행하여지는 치아보존치료(불소도포, 실란트 등)
3. 국민건강보험법에서 정한 요양급여에 대상에 해당하는 충전재료를 이용한 치아보존치료

#### 제3조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 수익자)는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 및 아래의 치아보존치료관련 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 치아보존치료 진단서  
가. 치아의 위치(또는 치아번호) 및 일자  
나. 직접적인 치료의 원인  
다. 치아보존치료의 종류 및 치료종료일
2. 치과진료 기록 사본
3. 치아보존치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

#### <용어정의>

- ① "치아우식"이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하며 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 근단주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
- ② "치주질환"이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.
- ③ "치아보존치료"라 함은 치아를 빼지 않고 치료하는 크라운 및 충전재료(인레이 및 온레이 간접충전(금 등을 사용한 충전치료), 광중합형 복합레진충전, 광중합형 글래스아이노머시멘트충전 등)를 이용한 치료를 말합니다. 단, 국민건강보험법에서 정한 요양급여에 해당하는 충전재료(아말감, 자가중합레진 등)를 이용한 치료는 제외하며, 보험계약 당시 국민건강보험법 비급여 대상이었으나, 보험계약 이후 법령의 개정으로 국민건강보험법 요양급여 대상으로 된 경우에도 보상하지 않습니다.

### 치아보존치료비(정액)(II) 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원에서 치과의사 면허를 가진 자에 의해 다음에 해당하는 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 제2조(보험금 지급기준)에 따라 보험증권에 기재된 금액과 한도로 치아보존치료비(II)보험금을 지급합니다.

1. 보장개시일 이후에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 치아(부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고(이하 "상해"라 합니다), 해당 치아의 치료를 목적으로 치아보존치료를 받았을 때
2. 보장개시일 이후에 본 특약의 용어정의규정에 의한 치아우식(질병분류코드 K02) 또는 치수 및 근

단주위조직의 질환(질병분류코드 K04) 또는 치은염 및 치주질환(질병분류코드 K05)으로 진단확정 받고 동일한 치아의 치료를 목적으로 치아보존치료를 받았을 때 : 치아보존치료비보험금 지급(단, 치아 1개당 지급함)

- ② 치아보존치료에 대한 보장개시일은 보험기간 첫날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 제1항에서 정한 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관 만료 후 치료하는 경우, 보험기간 만료 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치아치료는 보상합니다.

**제2조(보험금 지급기준)**

- ① 회사는 아래에 정한 금액을 치아보존치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	보험금	지급한도
치아보존치료비(II)보험금	치아 1개당 ( )만원	연간 ( )회

- ② 피보험자가 하나의 치아에 2회 이상의 치아보존치료를 받은 경우 각각에 대하여 치아보존치료비보험금을 지급합니다.
- ③ 이 계약에서 보험금 지급사유의 대상이 되지 않는 "치아보존치료"의 원인은 제1조 제1항에서 정한 상해, 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 이외의 원인으로서 다음과 같습니다.
  - 1. 임시적 보존치료  
해당 치아를 발치후 치아보철을 하기 위한 의료행위의 일부(치주질환의 치료 목적 등)로서 임시적으로 시행한 치아보존치료
  - 2. 예방목적의 치료  
치아우식증 및 치주질환 등의 예방목적으로 건강한 치아에 행하여지는 치아보존치료(불소도포, 실란트 등)
  - 3. 국민건강보험법에서 정한 요양급여에 대상에 해당하는 충전재료를 이용한 치아보존치료

**제3조(보험금의 청구)**

계약자, 피보험자(또는 수익자)는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 및 아래의 치아보존치료관련 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- 1. 치아보존치료 진단서
  - 가. 치아의 위치(또는 치아번호) 및 일자
  - 나. 직접적인 치료의 원인
  - 다. 치아보존치료의 종류 및 치료종료일
- 2. 치과진료 기록 사본
- 3. 치아보존치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**<용어정의>**

- ① "치아우식"이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하며 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 근단주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
- ② "치주질환"이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.
- ③ "치아보존치료"라 함은 치아를 빼지 않고 치료하는 크라운 및 충전재료(인레이 및 온레이 간접충전(금 등을 사용한 충전치료), 광중합형 복합레진충전, 광중합형 글래스아이노머시멘트충전 등)를 이용한 치료를 말합니다. 단, 국민건강보험법에서 정한 요양급여에 해당하는 충전재료(아말감, 자가중합레진 등)를 이용한 치료는 제외하며, 보험계약 당시 국민건강보험법 비급여 대상이었으나, 보험계약 이후 법령의 개정으로 국민건강보험법 요양급여 대상으로 된 경우에도 보상하지 않습니다.

**치아보존치료비(정액)(III) 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원에서 치과 의사 면허를 가진 자에 의해 다음에 해당하는 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 제2조(보험금 지급기준)에 따라 보험증권에 기재된 금액과 한도로 치아보존치료비(III)보험금을 지급합니다.
  - 1. 보장개시일 이후에 본 특약의 용어정의규정에 의한 치아우식(질병분류코드 K02) 또는 치수 및 근단주위조직의 질환(질병분류코드 K04) 또는 치은염 및 치주질환(질병분류코드 K05)으로 진단확정 받고 동일한 치아의 치료를 목적으로 치아보존치료를 받았을 때 : 치아보존치료비보험금 지급(단, 치아 1개당 지급함)
  - ② 치아보존치료에 대한 보장개시일은 보험기간 첫날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.
  - ③ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 제1항에서 정한 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관 만료 후 치료하는 경우, 보험기간 만료 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치아치료는 보상합니다.

**제2조(보험금 지급기준)**

- ① 회사는 아래에 정한 금액을 치아보존치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	보험금	지급한도
치아보존치료비(III)보험금	치아 1개당 ( )만원	연간 ( )회

- ② 피보험자가 하나의 치아에 2회 이상의 치아보존치료를 받은 경우 각각에 대하여 치아보존치료비보험

금을 지급합니다.

③ 이 계약에서 보험금 지급사유 대상이 되지 않는 "치아보존치료"의 원인은 제1조 제1항에서 정한 치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환) 이외의 원인으로서 다음과 같습니다.

1. 외상  
외상, 상해를 직접적 원인으로 하는 치아보존치료
2. 임시적 보존치료  
해당 치아를 발치후 치아보철을 하기 위한 의료행위의 일부(치주질환의 치료 목적 등)로서 임시적으로 시행한 치아보존치료
3. 예방목적의 치료  
치아우식증 및 치주질환 등의 예방목적으로 건강한 치아에 행하여지는 치아보존치료(불소도포, 실란트 등)
4. 국민건강보험법에서 정한 요양급여에 대상에 해당하는 충전재료를 이용한 치아보존치료

**제3조(보험금의 청구)**

계약자, 피보험자(또는 수익자)는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 및 아래의 치아보존치료관련 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 치아보존치료 진단서  
가. 치아의 위치(또는 치아번호) 및 일자  
나. 직접적인 치료의 원인  
다. 치아보존치료의 종류 및 치료종료일
2. 치과진료 기록 사본
3. 치아보존치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<b>&lt;용어정의&gt;</b>
<p>① "치아우식"이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하며 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 근단주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.</p> <p>② "치주질환"이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.</p> <p>③ "치아보존치료"라 함은 치아를 빼지 않고 치료하는 크라운 및 충전재료(인레이 및 온레이 간접충전(금 등을 사용한 충전치료), 광중합형 복합레진충전, 광중합형 글래스아이노머시멘트충전 등)를 이용한 치료를 말합니다. 단, 국민건강보험법에서 정한 요양급여에 해당하는 충전재료(아말감, 자가중합레진 등)를 이용한 치료는 제외하며, 보험계약 당시 국민건강보험법 비급여 대상이었으나, 보험계약 이후 법령의 개정으로 국민건강보험법 요양급여 대상으로 된 경우에도 보상하지 않습니다.</p>

**크라운보존치료비(I) 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원에서 치과의사 면허를 가진 자에 의해 다음에 해당하는 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 제2조(보험금 지급기준)에 따라 보험증권에 기재된 금액과 한도로 크라운보존치료비(I)보험금을 지급합니다.

1. 보장개시일 이후에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 치아(부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고(이하 "상해"라 합니다), 해당 치아의 치료를 목적으로 크라운보존치료를 받았을 때
2. 보장개시일 이후에 본 특약의 용어정의규정에 의한 치아우식(질병분류코드 K02) 또는 치수 및 근단주위조직의 질환(질병분류코드 K04) 또는 치은염 및 치주질환(질병분류코드 K05) 또는 치아경조직의 기타 질환(치아마모증 포함;질병분류코드 K03)으로 진단확정 받고 동일한 치아의 치료를 목적으로 크라운보존치료를 받았을 때 : 크라운보존치료비보험금 지급(단, 치아 1개당 지급함)

② 크라운보존치료에 대한 보장개시일은 보험기간 첫날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 제1항에서 정한 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관 만료 후 치료하는 경우, 보험기간 만료 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치아치료는 보상합니다.

**제2조(보험금 지급기준)**

① 회사는 아래에 정한 금액을 크라운보존치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	보험금	지급한도
크라운보존치료비(I)보험금	치아 1개당 ( )만원	연간 3회

② 피보험자가 하나의 치아에 2회 이상의 크라운보존치료를 받은 경우 각각에 대하여 크라운보존치료비보험금을 지급합니다.

**제3조(보험금의 청구)**

계약자, 피보험자(또는 수익자)는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 및 아래의 크라운보존치료관련 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 크라운보존치료 진단서  
가. 치아의 위치(또는 치아번호) 및 일자  
나. 직접적인 치료의 원인  
다. 크라운보존치료의 종류 및 치료종료일
2. 치과진료 기록 사본
3. 크라운보존치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**<용어정의>**

- ① “치아우식”이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하며 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 근단주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
- ② “치주질환”이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.
- ③ “크라운보존치료”라 함은 치아를 빼지 않고 치료하는 크라운 재료를 이용한 치료를 말합니다.

**크라운보존치료비(II) 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원에서 치과 의사 면허를 가진 자에 의해 다음에 해당하는 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 제2조(보험금 지급기준)에 따라 보험증권에 기재된 금액과 한도로 크라운보존치료비(II)보험금을 지급합니다.
  - 1. 보장개시일 이후에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 치아(부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고(이하 “상해”라 합니다), 해당 치아의 치료를 목적으로 크라운보존치료를 받았을 때
  - 2. 보장개시일 이후에 본 특약의 용어정의규정에 의한 치아우식(질병분류코드 K02) 또는 치수 및 근단주위조직의 질환(질병분류코드 K04) 또는 치은염 및 치주질환(질병분류코드 K05)으로 진단확정 받고 동일한 치아의 치료를 목적으로 크라운보존치료를 받았을 때 : 크라운보존치료비보험금 지급 (단, 치아 1개당 지급함)
- ② 크라운보존치료에 대한 보장개시일은 보험기간 첫날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 제1항에서 정한 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의의 사유로 이 특별약관 만료 후 치료하는 경우, 보험기간 만료 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치아치료는 보상합니다.

**제2조(보험금 지급기준)**

- ① 회사는 아래에 정한 금액을 크라운보존치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	보험금	지급한도
크라운보존치료비(II)보험금	치아 1개당 ( )만원	연간 3회

- ② 피보험자가 하나의 치아에 2회 이상의 크라운보존치료를 받은 경우 각각에 대하여 크라운보존치료비보험금을 지급합니다.

**제3조(보험금의 청구)**

계약자, 피보험자(또는 수익자)는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 및 아래의 크라운보존치료관련 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- 1. 크라운보존치료 진단서
  - 가. 치아의 위치(또는 치아번호) 및 일자
  - 나. 직접적인 치료의 원인
  - 다. 크라운보존치료의 종류 및 치료종료일
- 2. 치과진료 기록 사본
- 3. 크라운보존치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**<용어정의>**

- ① “치아우식”이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하며 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 근단주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
- ② “치주질환”이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.
- ③ “크라운보존치료”라 함은 치아를 빼지 않고 치료하는 크라운 재료를 이용한 치료를 말합니다.

**크라운보존치료비(III) 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 보험기간 중 피보험자가 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원에서 치과 의사 면허를 가진 자에 의해 다음에 해당하는 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 제2조(보험금 지급기준)에 따라 보험증권에 기재된 금액과 한도로 크라운보존치료비(III)보험금을 지급합니다.
  - 1. 보장개시일 이후에 본 특약의 용어정의규정에 의한 치아우식(질병분류코드 K02) 또는 치수 및 근단주위조직의 질환(질병분류코드 K04) 또는 치은염 및 치주질환(질병분류코드 K05)으로 진단확정 받고 동일한 치아의 치료를 목적으로 크라운보존치료를 받았을 때 : 크라운보존치료비보험금 지급 (단, 치아 1개당 지급함)
- ② 크라운보존치료에 대한 보장개시일은 보험기간 첫날로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 하는 경우에는 그 재계약에 대한 보장개시일은 재계약일(갱신일)로

합니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 제1항에서 정한 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관 만료 후 치료하는 경우, 보험기간 만료 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치아치료는 보상합니다.

**제2조(보험금 지급기준)**

① 회사는 아래에 정한 금액을 크라운보존치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	보험금	지급한도
크라운보존치료비(Ⅲ)보험금	치아 1개당 ( )만원	연간 3회

② 피보험자가 하나의 치아에 2회 이상의 크라운보존치료를 받은 경우 각각에 대하여 크라운보존치료비 보험금을 지급합니다.

**제3조(보험금의 청구)**

계약자, 피보험자(또는 수익자)는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 및 아래의 크라운보존치료관련 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 크라운보존치료 진단서
  - 가. 치아의 위치(또는 치아번호) 및 일자
  - 나. 직접적인 치료의 원인
  - 다. 크라운보존치료의 종류 및 치료종료일
2. 치과진료 기록 사본
3. 크라운보존치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어정의>
<p>① “치아우식”이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하며 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 근단주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.</p> <p>② “치주질환”이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은염이라 하고 치은염을 방지해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.</p> <p>③ “크라운보존치료”라 함은 치아를 빼지 않고 치료하는 크라운 재료를 이용한 치료를 말합니다.</p>

**X-ray 치아촬영비(1회) 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원에서 치과의사 면허를 가진 자에 의해 X-ray 촬영을 한 때에는 촬영 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

구분	지급금액
X-ray 촬영시	보험가입금액

② 「X-ray 촬영」이라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우의 「X-ray 촬영 진료행위코드 분류표」(【별표45】참조)에서 정한 치아촬영을 말합니다.

③ 위 ②에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 X-ray 촬영 급여인정기준이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 X-ray 촬영 급여인정기준을 따릅니다.

<용어풀이>
<p>● 이 특별약관과 관련한 용어의 정의는 다음과 같습니다.</p> <p>○ X-ray 촬영, 파노라마 촬영</p> <p>- 환자의 치열 상태, 상하악골, 상악동, 하치조신경 경로등 개개의 치아보다는 전반적인 검진을 하기 위한 촬영술식입니다.</p>

**제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

**제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

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

1. 보장개시일 전에 해당 치과치료를 진단확정받은 경우
2. 라미네이트 등 미용상의 치료

**제4조(보험금의 청구)**

계약자, 피보험자(또는 수익자)는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 및 아래의 관련 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 치아치료에 관한 진료기록 사본 및 진료확인서
  - 가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
  - 나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
  - 다. 진료내용
  - 다. 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
2. 진료비상세내역서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증 등)



**제5조(특별약관의 소멸)**

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사유로 보험가입금액을 지급 받은 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제6조 (준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**파노라마 치아촬영비(1회) 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 보험기간 중 피보험자가 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원에서 치과의사 면허를 가진 자에 의해 파노라마 촬영을 한 때에는 촬영 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

구분	지급금액
파노라마 촬영시	보험가입금액

- ② 「파노라마 촬영」이라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우의 「파노라마 촬영 진료행위코드 분류표」(【별표46】참조)에서 정한 치아촬영을 말합니다.
- ③ 위 ②에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 파노라마 촬영 급여인정기준이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 파노라마 촬영 급여인정기준을 따릅니다.

**<용어풀이>**

- 이 특별약관과 관련한 용어의 정의는 다음과 같습니다.
- X-ray 촬영, 파노라마 촬영
  - 환자의 치열 상태, 상하악골, 상악동, 하치조신경 경로등 개개의 치아보다는 전반적인 검진을 하기 위한 촬영술식입니다.

**제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

**제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

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

- 1. 보장개시일 전에 해당 치과치료를 진단확정받은 경우
- 2. 라미네이트 등 미용상의 치료

**제4조(보험금의 청구)**

계약자, 피보험자(또는 수익자)는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 및 아래의 관련 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- 1. 치아치료에 관한 진료기록 사본 및 진료확인서
  - 가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
  - 나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
  - 다. 진료내용
  - 다. 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
- 2. 진료비상세내역서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증 등)

**제5조(특별약관의 소멸)**

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사유로 보험가입금액을 지급 받은 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제6조 (준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**수술비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 「수술분류표」(【별표14】참조)에서 정하는 수술을 받았을 경우에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 수술비로 피보험자에게 지급합니다.

**제2조(수술의 정의와 장소)**

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

**<신의료기술평가위원회>**

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

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 1~5종 수술비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 「1~5종 수술분류표」(별표44)참조)에서 정하는 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 수술1회당 수술 종류에 따라 1~5종 수술비를 지급합니다.

구분	지급금액
1종수술	보험가입금액의 ( )%
2종수술	보험가입금액의 ( )%
3종수술	보험가입금액의 ( )%
4종수술	보험가입금액의 ( )%
5종수술	보험가입금액의 ( )%

### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조의 1~5종 수술비는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다), 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 두 종류 이상 또는 같은 종류의 수술을 2회 이상을 받는 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 1~5종수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다.

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

### 제3조(수술의 정의와 장소)

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

### <신의료기술평가위원회>

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

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 상해수술비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 상해의 치료를 직접적인 목적으로 「수술분류표」(별표14)참조)에서 정하는 수술을 받았을 경우에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 상해수술비로 피보험자에게 지급합니다.

### 제2조(수술의 정의와 장소)

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

### <신의료기술평가위원회>

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

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 상해흉터복원수술비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 등을 포함합니다) 등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(다만, 사고발생시점 15세 미만자의 경우 부득이 사고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이

가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다)을 받은 경우 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 지급합니다.

(보험가입금액 7만원 기준)

구분	안면부	상지·하지
지급액	수술 1Cm당 14만원	수술 1Cm당 7만원 (단, 3Cm이상의 경우에 한함)

단, 길이측정이 불가능한 피부이식수술등의 경우 수술Cm는 최장직경으로 합니다.

### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 최고 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.

1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분
2. 상지란 견관절 이하의 팔부분
3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며, 둔부, 서혜부, 복부등은 제외

### 제3조(수술의 정의와 장소)

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

#### <신의료기술평가위원회>

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

### 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 인공장기의 수리·교체 및 부분 의치의 보철·임플란트 재시술로 인한 손해

### 제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 중대한특정상해수술비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 상해발생일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 “개두수술”, “개흉수술” 또는 “개복수술”을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한특정상해수술비로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가 동일한 사고로 인하여 중대한 특정상해 수술급여금 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 중대한 특정상해 수술급여금만을 지급합니다.

② 제1항에서 “뇌손상”이라 함은 두부에 가해진 충격에 의해 뇌에 기질적 손상(「중대한 특정상해 분류표」(【별표34】참조)을 입은 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 “내장손상”이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(「중대한 특정상해 분류표」(【별표34】참조)을 입은 경우를 말합니다.

④ 제1항에서 “개두수술”, “개흉수술”, “개복수술”이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 “개두수술”, “개흉수술”, “개복수술”로 보지 않습니다.

1. “개두수술”이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말함
2. “개흉수술”이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말함. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골, 흉골의 절제술을 포함하는 것으로 함
3. “개복수술”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 말함. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경요도적조작에 의한 것은 해당되지 않음

### 제2조(수술의 정의와 장소)

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

#### <신의료기술평가위원회>

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

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**21대질병수술비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「21대질병」에 대한 보장개시일 이후에 「21대질병」으로 진단확정되고 그 「21대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 의사에게 수술을 받는 때에는 다음과 같이 보험증권에 기재된 지급금액을 21대질병수술비로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 폐렴, 관절염, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 생식기질환 수술시	보험가입금액의 ( )%
담석증, 사타구니 탈장, 편도염, 축농증 수술시	보험가입금액의 ( )%
치핵 수술시	보험가입금액의 ( )%

② 제1항의 21대질병수술비는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 21대질병수술비만을 지급합니다.

**제2조(「21대질병」의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 계약에 있어서 「21대질병」이라 함은 「21대질병 분류표」(【별표5】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「21대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
  - (1) 보험기간 중 「21대질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
  - (2) 부검감정서상 사인이 「21대질병」으로 확정되거나 추정되는 경우

**제3조(수술의 정의와 장소)**

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

**<신의료기술평가위원회>**  
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고

의 심의기구를 말합니다

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**부인과질병수술비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 「부인과질병」에 대한 보장개시일 이후에 「부인과질병」으로 진단확정되고 그 「부인과질병」의 치료를 직접적인 목적으로 의사에게 수술을 받는 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 부인과질병수술비로 지급합니다.
- ② 제1항의 부인과질병수술비는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 부인과질병수술비만을 지급합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「의사」란 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자를 말하며, 「수술」이라 함은 의사에 의하여 「부인과질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우 의사의 관리하에서 「부인과질병」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받는 행위를 말합니다.

**제2조(수술의 정의와 장소)**

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

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

**제3조(「부인과질병」의 정의 및 진단확정)**

- ① “부인과질병”이라 함은 「부인과질병 분류표」(【별표28】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「부인과질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 특정3대직장인질병수술비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 「특정3대직장인질병」으로 진단확정되고 그 「특정3대직장인질병」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 각 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 특정3대직장인질병 수술비로 피보험자에게 지급합니다.

#### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정3대직장인질병 수술비는 하나의 질병(동일한 「특정3대직장인질병」으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 2회 이상 수술을 받은 경우에도 하나의 특정3대직장인질병수술비만을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

#### 제3조(「특정3대직장인질병」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 「특정3대직장인질병」이라 함은 「특정3대직장인질병 분류표」(【별표43】특정3대직장인질병 분류표 참조)에서 정한 추간판탈출증, 손목터널증후군, 치핵을 말합니다.
- ② 제1항의 「특정3대직장인질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

#### 제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 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 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액, 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ② 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

#### <신의료기술평가위원회>

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

#### 제5조(특별약관의 소멸)

회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「특정3대직장인질병」수술비를 질병별로 1회에 한하여 보상하여, 3대질병 모두에 대해 각 1회씩 모두 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

#### 제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 특정장기이식수술비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 의료법 제3조에 정한 의료기관(병원 또는 의원 등[한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다])에서 장기수혜자로서 6대장기이식수술 또는 조혈모세포이식 수술을 받았을 때 수술1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 특정장기이식수술비로 지급합니다. 단, 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 6대장기이식수술 또는 조혈모세포이식 수술을 받을 경우(6대장기이식수술 중의 하나와 조혈모세포이식 수술을 받는 경우도 포함합니다.)에는 하나의 특정장기이식수술비만 지급합니다.
- ② 제1항에서 6대장기라 함은 간장, 신장, 심장(심판막 포함), 췌장(췌도 포함), 폐장, 각막을 말하며, “6대장기이식수술”이라 함은 6대장기에 의하여 장기이식을 하는 것으로 타인(살아있는 사람, 뇌사자, 사망자를 모두 포함합니다.)의 내부장기를 적출하여 장기부전(臟器不全)상태에 있는 수혜자에게 이식을 시켜줌으로써 장기부전(臟器不全)상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 하는 수술을 말합니다. 단, 장기공여자(臟器供與者)에 대한 장기이식수술은 제외하며, 타인의 내부장기를 적출하여 이식하지 않고 피보험자의 신체에 인공의재료(人工醫材料)를 삽입 또는 설치하는 등의 수술은 장기이식수술로 보지 않습니다.
- ③ 제1항에 있어서 “조혈모세포이식수술(造血母細胞利殖手術)”이라 함은 혈액을 만드는 세포의 이식수술로서 다음의 각 호에서 정한 골수이식수술, 말초혈모세포이식수술, 제대혈모세포이식수술을 말합니다. 단, 조혈모세포공여자(造血母細胞供與者)에 대한 조혈모세포이식수술은 제외합니다.
  1. “골수이식수술”이라 함은 암 또는 골수 부전상태를 치료하기 위해 타인으로부터 정상적인 조혈모세포(造血母細胞)를 제공받아 수혜자의 골수를 정상적인 골수를 치환하여 주는 수술을 말합니다.
  2. “말초혈모세포이식수술”이라 함은 강력한 항암요법에 의한 골수독성을 경감하기 위하여 암환자 자신의 말초혈액내의 조혈모세포를 미리 채취하여 대량 항암요법후에 채취된 조혈모 세포를 암환자 자신에게 투여하는 수술을 말합니다.
  3. “제대혈모세포이식수술”이라 함은 타인의 제대혈(배꼽의 탯줄의 혈액)속에 있는 조혈모세포를 채취하여 대량 항암요법으로 암환자의 골수를 완전히 억제시킨 다음 제대혈모세포를 투여하는 수술을 말합니다.

#### 제2조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘

라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액,조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

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

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다

**특정수술비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 피보험자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

**【골절수술】**

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로서 「골절 분류표」(【별표15】참조)에 정한 골절로 진단확정되어 그 치료를 직접적인 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병·의원(한방병원, 한의원을 포함합니다)에서 수술을 받는 때에는 수술 1회당 이 특별약관에서 정한 보험가입금액을 골절수술비로 지급합니다.

② 하나의 사고로 두종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술비만 지급합니다.

③ 제1항에서 골절의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

**【화상수술】**

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로서 「화상 분류표」(【별표18】참조)에 정한 화상을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 수술을 받는 때에는 수술 1회당 이 특별약관에서 정한 보험가입금액을 화상수술비로 지급합니다.

② 제1항의 화상이라 함은 「화상 분류표」(【별표18】참조)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당하고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

③ 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 수술을 동시에 받은 경우에는 하나의 화상수술비만 지급합니다.

**【특정장기이식수술】**

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 의료법 제3조에 정한 의료기관(병원 또는 의원 등[한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다])에서 장기수혜자로서 6대장기이식수술 또는 조혈모세포이식 수술을 받았을 때 수술1회당 보험증권에 기재된 금액을 특정장기이식수술비로 지급합니다.

단, 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 6대장기이식수술 또는 조혈모세포이식 수술을 받을 경우(6대장기이식수술 중의 하나와 조혈모세포이식 수술을 받는 경우도 포함합니다.)에는 하나의 특정장기이식수술비

만 지급합니다.

② 제1항에서 6대장기라 함은 간장, 신장, 심장(심판막 포함), 췌장(췌도 포함), 폐장, 각막을 말하며, “6대장기이식수술”이라 함은 6대장기에 의하여 장기이식을 하는 것으로 타인(살아있는 사람, 뇌사자, 사망자를 모두 포함합니다.)의 내부장기를 적출하여 장기부전(臟器不全)상태에 있는 수혜자에게 이식을 시켜줌으로써 장기부전(臟器不全)상태로 부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 하는 수술을 말합니다. 단, 장기공여자(臟器供與者)에 대한 장기이식수술은 제외하며, 타인의 내부장기를 적출하여 이식하지 않고 피보험자의 신체에 인공의재료(人工醫材料)를 삽입 또는 설치하는 등의 수술은 장기이식수술로 보지 않습니다.

③ 제1항에 있어서 “조혈모세포이식수술(造血母細胞利殖手術)”이라 함은 혈액을 만드는 세포의 이식수술로서 다음의 각 호에서 정한 골수이식수술, 말초혈모세포이식수술, 제대혈모세포이식수술을 말합니다. 단, 조혈모세포공여자(造血母細胞供與者)에 대한 조혈모세포이식수술은 제외합니다.

1. “골수이식수술”이라 함은 암 또는 골수 부전상태를 치료하기 위해 타인으로부터 정상적인 조혈모세포(造血母細胞)를 제공받아 수혜자의 골수를 정상적인 골수를 치환하여 주는 수술을 말합니다.
2. “말초혈모세포이식수술”이라 함은 강력한 항암요법에 의한 골수독성을 경감하기 위하여 암환자 자신의 말초혈액내의 조혈모세포를 미리 채취하여 대량 항암요법후에 채취된 조혈모 세포를 암환자 자신에게 투여하는 수술을 말합니다.
3. “제대혈모세포이식수술”이라 함은 타인의 제대혈(배꼽의 탯줄의 혈액)속에 있는 조혈모세포를 채취하여 대량 항암요법으로 암환자의 골수를 완전히 억제시킨 다음 제대혈모세포를 투여하는 수술을 말합니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 골절수술 및 화상수술의 경우 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)외에 아래의 행위로 인하여 입은 상해에 대하여도 보상하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.)
2. 선천성 기형 및 이에 연유한 병상

**제3조(수술의 정의와 장소)**

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

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

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당특별약관을 따릅니다.

### 5대장기이식수술비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 의료법 제3조에 정한 의료기관(병원 또는 의원 등[한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같 습니다])에서 장기수혜자로서 장기이식수술을 받았을 때 수술1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식수술비로 지급합니다. 단, 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 장기이식수술 을 받을 경우에는 하나의 장기이식수술비만 지급합니다.

② 제1항에서 장기라 함은 간장, 신장, 심장(심판막 포함), 췌장(췌도 포함), 폐장을 말하며, “장기이식수 술”이라 함은 장기에 의하여 장기이식을 하는 것으로 타인(살아있는 사람, 뇌사자, 사망자를 모두 포함합 니다.)의 내부장기를 적출하여 장기부전(臟器不全)상태에 있는 수혜자에게 이식을 시켜줌으로써 장기부전 (臟器不全)상태로 부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 하는 수술을 말합니다. 단, 장기공여자(臟器供與 者)에 대한 장기이식수술 및 랑게르한스 소도포 이식수술은 제외하며, 타인의 내부장기를 적출하여 이식 하지 않고 피보험자의 신체에 인공의재료(人工醫材料)를 삽입 또는 설치하는 등의 수술은 장기이식수술 로 보지 않습니다.

#### 제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의 사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘 라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과 를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿 刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단 (NERVE BLOCK)은 제외합니다.

#### <신의료기술평가위원회>

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

#### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 뇌·내장수술비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 뇌손상 또는 내장손상을 입고 그 치료를 직 접적인 목적으로 『개두(開頭)수술』, 『개흉(開胸)수술』 또는 『개복(開腹)수술』을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 다 만, 피보험자가 동일한 사고로 인하여 뇌·내장수술비 지급사유가 두 종류 이상 발생한 경우에도 하나의 사유에 의한 뇌·내장수술비만을 지급합니다.

② 제1항에서 『뇌손상』이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌 손상(「뇌·내장손상 분류표」(【별표 41】참조)을 입은 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 『내장손상』이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(「뇌·내장손상 분류표」(【별표41】참조)을 입은 경우를 말합니다.

④ 제1항에서 『개두(開頭)수술』, 『개흉(開胸)수술』, 『개복(開腹)수술』이라 함은 각각 아래의 수술을 말하 며, 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, 횡격막, 종격동, 식도 수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골, 흉골(복 장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.

3. 『개복(開腹)수술』이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 요관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경요도적조작에 의한 것 은 해당되지 않습니다.

⑤ 제1항 및 제4항에서 『수술』이라 함은 의사에 의하여 뇌손상 또는 내장손상으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 뇌손상 또는 내장손상의 치료를 직접 적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위 를 잘라 없애는 것)등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함 됩니다)을 말합니다.

#### <신의료기술평가위원회>

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

#### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 골절수술비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 「골절 분류표」(【별표15】참조)에 정한 골절을 입고 치료를

직접적인 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병·의원(한방병원, 한의원을 포함합니다)에서 수술을 받는 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 지급합니다.

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

③ 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술비만 지급합니다.

④ 제1항에서 골절의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

### 제2조(수술의 정의와 장소)

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

#### <신의료기술평가위원회>

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

### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항 및 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.)
2. 선천성 기형 및 이에 연유한 병상

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 화상수술비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 「화상 분류표」(【별표18】참조)에 정한 화상을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 수술을 받는 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 지급합니다.

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생

긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

③ 제1항의 화상이라 함은 「화상 분류표」(【별표18】참조)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당하고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

④ 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 수술을 동시에 받은 경우에는 하나의 화상수술비만 지급합니다.

### 제2조(수술의 정의와 장소)

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

#### <신의료기술평가위원회>

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

### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항 및 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.)
2. 선천성 기형 및 이에 연유한 병상

제4조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 조혈모세포이식수술비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 의료법 제3조에 정한 의료기관(병원 또는 의원 등[한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다])에서 장기수혜자로서 조혈모세포이식수술을 받았을 때 수술1회당 보험증권에 기재된 금액을 조혈모세포이식수술비로 지급합니다.

② 조혈모세포이식이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 치료하기 위해 정상적인 조혈모포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식 의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모포이식, 자가(골수, 말초)조혈모포이식, 제대혈조혈모포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모포를 제공하는 공여자로부터 조혈모포를 채취하는 시술은



제외합니다.

1. "동종(allogenic)골수조혈모포이식"이라 함은 정상적인 조혈모포를 가진 공여자의 골수 내 조혈모포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말함
2. "동종(allogenic)말초조혈모포이식"이라 함은 정상적인 조혈모포를 가진 공여자의 말초혈액 내 조혈모포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말함
3. "자가(autologous)골수조혈모포이식"이라 함은 본인의 골수내 조혈모포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말함
4. "자가(autologous)말초조혈모포이식"이라 함은 본인의 말초혈액내 조혈모포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말함
5. "제대혈조혈모포이식"이라 함은 정상적인 조혈모포가 있는 제대혈내 조혈모포를 골수부전상태에 있는 본인 또는 타인에게 투여하는 행위를 말함

**제2조(수술의 정의와 장소)**

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

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

**제3조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당특별약관을 따릅니다.

**충수염(맹장염)수술비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 보험기간 중에 충수염(맹장염)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 충수염(맹장염)수술비 보험금으로 수익자에게 지급합니다.

**제2조(충수염(맹장염)의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 계약에 있어서 "충수염(맹장염)"이라 함은 「충수염(맹장염) 분류표」(【별표30】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 위 ①의 "충수염(맹장염)"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정

되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조(수술의 정의와 장소)**

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

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

**제4조(특별약관의 소멸)**

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 충수염(맹장염)수술비를 지급한 때에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제5조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**유방복원수술비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 원인으로「유방절제수술 분류표」(【별표32】참조)에 정한 "유방절제수술(Total Mastectomy)을 받은 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유방복원수술비를 지급합니다.
- ② 단, 부분절제술(Subtotal Mastectomy), 국소절제수술(Lumpectomy), 유방의 절제를 동반하지 않은 유두의 절제, 미용을 위한 절제술, 유방의 조직검사(Biopsy)는 제외합니다.
- ③ 위 제1항의 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.
- ④ 위 「유방절제수술 분류표」(【별표32】참조)에 정한 "유방절제수술(Total Mastectomy)이라함은 편측단순유방절제술, 양측단순유방절제술, 편측확대유방절제술, 양측확대유방절제술, 편측근치적유방절제술, 양측근치적유방절제술, 편측확대근치적유방절제술, 양측확대근치적유방절제술을 말합니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

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

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에 정한 사항 제1호 내지 제3호 및 제2항
2. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
4. 피보험자의 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

**제3조(보험금의 청구)**

① 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(유방절제수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 위 제1항 제2호의 사고증명서를 발급 받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

**제4조(수술의 정의와 장소)**

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

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

**제5조(특별약관의 소멸)**

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 유방복원수술비를 지급한 때에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제6조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**각막이식수술비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에 장기수혜자로서 각막이식수술을 받았을 때 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 각막이식수술비로 수익자에게 지급합니다.
- ② 위 제1항에서 "상해"라 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 말하며, 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식을 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.
- ③ 위 제1항에서 "각막이식수술"이라 함은 "장기 등 이식에 관한 법률"에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

**제2조(수술의 정의와 장소)**

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

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

**제3조(특별약관의 소멸)**

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 각막이식수술비를 지급한 때에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**24시간상해 입원일당 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 ( )일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 ( )일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당으로 지급합니다. 다만 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해입원일당을 보상합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.

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

<b>&lt;용어풀이&gt;</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 입원 이 보험에서「입원」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.</li> <li>● 의사 피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.</li> <li>● 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계 법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.</li> </ul>

**24시간상해 입원일당 특별약관II**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 1일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당으로 지급합니다. 다만 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해입원일당을 보상합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.

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

<b>&lt;용어풀이&gt;</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 입원 이 보험에서「입원」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.</li> <li>● 의사 피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.</li> <li>● 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계 법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.</li> </ul>

**24시간상해 중환자실입원일당 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 중환자실에 ( )일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 중환자실 ( )일째 입원일로부터 중환자실 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 중환자실입원일당으로 지급합니다. 다만 상해중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원(일반병실로 옮긴 경우도 포함합니다. 이하 같습니다)하기 전까지의 계속중인 중환자실 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해중환자실입원일당을 보상합니다.
- ④ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 상해발생일로부터 180일 이내에 2회 이상 중환자실에 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더하여 중환자실 입원일수로 계산합니다.

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<b>&lt;용어풀이&gt;</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 입원 이 보험에서「입원」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.</li> <li>● 의사 피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.</li> <li>● 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계</li> </ul>

법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

### 교통상해 입원일당 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「아래의 사고(이하 「교통사고」라 합니다)로 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해입원일당으로 지급합니다. 다만 교통상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

1. 운행 중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행 중의 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

2. 운행 중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고

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

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행 중의 교통수단에 탑승하고 있는 동안

2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해

3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 교통상해입원일당을 보상합니다.

④ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.

#### <용어풀이>

● 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

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

㉡ 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거

㉢ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)

㉣ 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 경우는 교통수단으로 보지 않습니다)

#### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

#### <용어풀이>

● 입원

이 보험에서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2

항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

● 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

● 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계 법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

### 24시간상해 통원일당 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 병원 또는 의원에서 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 통원일당으로 피보험자에게 지급합니다.

#### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 통원일수 ( )일을 초과하는 통원 1일당 통원일당을 지급합니다.

② 통원일당은 하나의 상해에 대하여 통산 통원일수 30일을 한도로 통원일당을 지급합니다. 동일한 급격, 우연, 외래의 사고로 다수의 신체부위에 상해를 입은 경우에는 하나의 상해로 봅니다.

③ 회사는 사고가 발생한 날로부터 사고일을 포함하여 180일이 경과한 후의 통원에 대하여는 통원일당을 지급하지 않습니다.

④ 회사는 하나의 상해로 같은 날 2회 이상 통원하여 치료받은 경우에도 1일 통원일당만 지급합니다.

⑤ 회사는 둘 이상의 상해로 같은 날 2회이상 통원하여 치료 받은 경우에도 1일 통원일당만 지급합니다. 이 경우, 둘 이상의 상해의 원인사고(급격, 우연, 외래사고)가 다른 경우에도 각 상해별의 통산 통원일수에는 각각 통원일로 계산됩니다.

⑥ 회사는 피보험자가 보장개시일 이후 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 계속하여 통원 치료를 받은 경우에는 사고일로부터 180일까지 통산 통원일수 30일을 한도로 통원일당을 지급합니다.

#### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항

2. 피보험자의 질병

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

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**<용어풀이>**

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

**24시간상해 통원일당(한방·치과 병·의원 제외, 치아파절 제외) 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로서 병원 또는 의원(치과병원, 치과의원 또는 한방병원, 한의원은 제외합니다)에서 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 통원일당으로 피보험자에게 지급합니다.

**제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 회사는 통원일수 ( )일을 초과하는 통원 1일당 통원일당을 지급합니다.
- ② 통원일당은 하나의 상해에 대하여 통산 통원일수 30일을 한도로 통원일당을 지급합니다. 동일한 급격, 우연, 외래의 사고로 다수의 신체부위에 상해를 입은 경우에는 하나의 상해로 봅니다.
- ③ 회사는 사고가 발생한 날로부터 사고일을 포함하여 180일이 경과한 후의 통원에 대하여는 통원일당을 지급하지 않습니다.
- ④ 회사는 하나의 상해로 같은 날 2회 이상 통원하여 치료받은 경우에도 1일 통원일당만 지급합니다.
- ⑤ 회사는 둘 이상의 상해로 같은 날 2회이상 통원하여 치료 받은 경우에도 1일 통원일당만 지급합니다. 이 경우, 둘 이상의 상해의 원인사고(급격, 우연, 외래사고)가 다른 경우에도 각 상해별의 통산 통원일수에는 각각 통원일로 계산됩니다.
- ⑥ 회사는 피보험자가 보장개시일 이후 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 계속하여 통원 치료를 받은 경우에는 사고일로부터 180일까지 통산 통원일수 30일을 한도로 통원일당을 지급합니다.

**제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

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

- 1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항 1호 내지 3호
- 2. 피보험자의 질병
- 3. 피보험자의 치아의 파절 및 파절치(S02.5)

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

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

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**<용어풀이>**

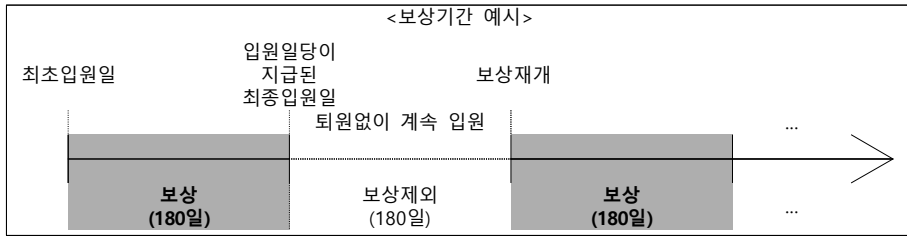
- **통원**  
이 특약에 있어서 "통원"이라 함은 의사(치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자를 제외하며, 이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(치과병원, 치과의원 또는 한방병원, 한의원은 제외합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- **의사**  
피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.
- 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

**질병입원일당 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 ( )일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 ( )일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원

일부 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

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

1. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환

**제3조(입원의 정의와 장소)**

- ① 이 계약에서 "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 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 계약에서 "질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 계약에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나고 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

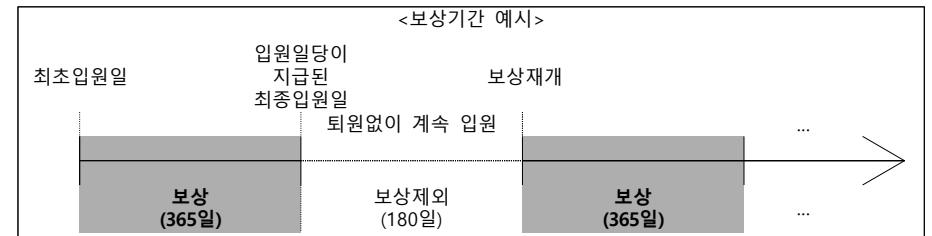
**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**질병입원일당 특별약관요**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 1일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

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

1. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환

### 제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 계약에서 “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 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 계약에서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 계약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나고 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 질병입원일당 출산확장 추가특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 질병입원일당 특별약관 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제2호에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제7차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다. 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다)로 입원하여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보상합니다. 이 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원에서 발생한 입원일당은 보상하지 않습니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 질병입원일당 특별약관 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항(제2호는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 입원일당은 보상하지 않습니다.

1. 불임에 따른 검사 및 시술

2. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
3. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

### 제3조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 질병입원일당 특별약관을 따릅니다.

## 질병입원일당 출산확장 추가특별약관II

### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 질병입원일당 특별약관II 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제2호에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제7차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다. 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다)로 입원하여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보상합니다. 이 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원에서 발생한 입원일당은 보상하지 않습니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 질병입원일당 특별약관II 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항(제2호는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 입원일당은 보상하지 않습니다.

1. 불임에 따른 검사 및 시술
2. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
3. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

### 제3조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 질병입원일당 특별약관II를 따릅니다.

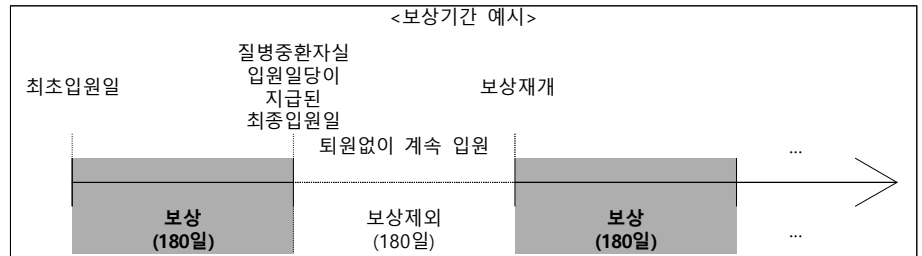
## 질병중환자실입원일당 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 중환자실에 ( )일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 중환자실 ( )일째 입원일로부터 중환자실 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.
- ③ 제1항의 질병중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

④ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 중환자실에 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 중환자실 입원일수로 계산합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일(퇴원이라 함은 일반병실로 옮긴 경우도 포함합니다. 이하 같습니다)부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3항의 규정에 따라 질병중환자실입원일당을 보상합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

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

1. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환

**제3조(입원의 정의와 장소)**

① 이 계약에서 "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 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 계약에서 "질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병

의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 조건에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 이 계약에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나고 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

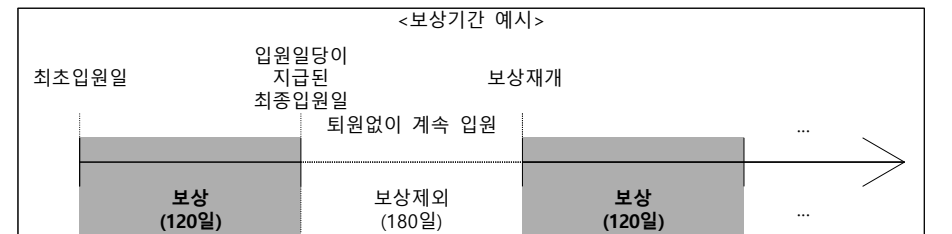
**뇌졸중 입원일당 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 뇌졸중으로 진단확정되고 그 뇌졸중의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중입원일당으로 지급합니다.

**제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)의 입원시는 3일 초과 1일당 보험증권에 기재된 입원일당을 지급합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ③ 피보험자가 뇌졸중의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(뇌졸중의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 뇌졸중에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 뇌졸중에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 보상합니다.



- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

**제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관에 있어서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표12】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌졸중의 진단확정은 의료법에 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, 컴퓨터단층촬영(CT), 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당 하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
  - (1) 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
  - (2) 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

**제4조(입원의 정의와 장소)**

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과 의사 및 한의사의 자격을 가진 자 (이하「의사」라 합니다)에 의하여 뇌졸중의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “뇌졸중의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 뇌졸중으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 뇌졸중의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 뇌졸중을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 뇌졸중의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 뇌졸중으로 진단된 경우에는 이는 뇌졸중의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

**제5조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**급성심근경색증 입원일당 특별약관**

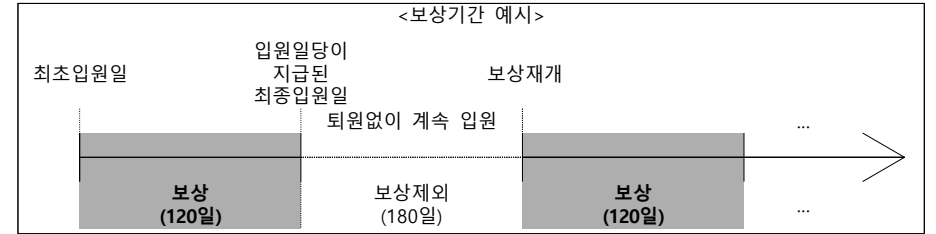
**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 급성심근경색증으로 진단확정되고 그 급성심근경색증의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증 입원일당으로 지급합니다.

**제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)의 입원시는 3일 초과 1일당 보험증권에 기재된 입원일당을 지급합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

- ③ 피보험자가 급성심근경색증의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(급성심근경색증의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 급성심근경색증에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 피보험자가 급성심근경색증에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

**제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표13】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법에 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, 컴퓨터단층촬영(CT), 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당 하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
  - (1) 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
  - (2) 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

**제4조(입원의 정의와 장소)**

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과 의사 및 한의사의 자격을 가진 자 (이하「의사」라 합니다)에 의하여 급성심근경색증의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “급성심근경색증의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 급성심근경색증으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 급성심근경색증의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 급성심근경색증을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 입원으로 보

니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 급성심근경색증으로 진단된 경우에는 이 는 급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

#### 제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 상해입원비용 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 ( )일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비용으로 피보험자에게 지급합니다.

#### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.

제3조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

#### <용어풀이>

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

### 질병입원비용 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 ( )일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원비용으로 피보험자에게 지급합니다.

#### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다. 다만, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우라도 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 피보험자가 입원기간 동안에 다수의 질병을 동시에 치료하는 경우에도 회사의 보상액은 제1조(보험금의 지급사유) 정한 금액을 한도로 합니다.

#### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항(제1항 제3호 제외) 및 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심심상실
2. 성병
3. 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임수술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

#### <용어풀이>

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

**기본형 실손의료비 특별약관**

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

**제1관 일반사항 및 용어의 정의**

**제1조(보장종목)** ① 회사가 판매하는 기본형 실손의료보험상품은 다음과 같이 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형 및 질병통원형의 4개 이내의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

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

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

**제2조(용어의 정의)** 이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 <붙임1>과 같습니다.

**제2관 회사가 보상하는 사항**

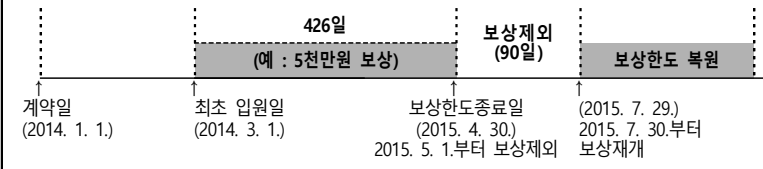
**제3조(보장종목별 보상내용)** 회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보장종목	보상하는 사항						
(1) 상해입원	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>표준형 입원실료, 입원제비용 입원수술비</td> <td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여<sup>※</sup>'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주) 상급병실료 차액은 제외합니다</td> </tr> <tr> <td>상급병실료 차액</td> <td>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td> </tr> </tbody> </table>	구분	보상금액	표준형 입원실료, 입원제비용 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 <sup>※</sup> '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주) 상급병실료 차액은 제외합니다	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
	구분	보상금액					
	표준형 입원실료, 입원제비용 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 <sup>※</sup> '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주) 상급병실료 차액은 제외합니다					
상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.						
선	입원실료, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의						

보장종목	보상하는 사항						
(1) 상해입원	<table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>입원제비용 입원수술비</td> <td>료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 90%에 해당하는 금액과 '비급여<sup>※</sup>'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 10%에 해당하는 금액과 비급여<sup>※</sup>의 20%에 해당하는 금액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주) 상급병실료 차액은 제외합니다</td> </tr> <tr> <td>상급병실료 차액</td> <td>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td> </tr> </tbody> </table>	구분	보상금액	입원제비용 입원수술비	료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 90%에 해당하는 금액과 '비급여 <sup>※</sup> '(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 10%에 해당하는 금액과 비급여 <sup>※</sup> 의 20%에 해당하는 금액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주) 상급병실료 차액은 제외합니다	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
	구분	보상금액					
입원제비용 입원수술비	료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 90%에 해당하는 금액과 '비급여 <sup>※</sup> '(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 10%에 해당하는 금액과 비급여 <sup>※</sup> 의 20%에 해당하는 금액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주) 상급병실료 차액은 제외합니다						
상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.						
	<p>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)</p> <p>② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.</p> <p>③ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>④ 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.</p>						

**<보상기간 예시>**

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



보장종목	보상하는 사항						
(1) 상해입원	<p>(ii) 최초입원일 ~ 보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우</p> <p>계약일 (2014. 1. 1.)    최초 입원일 (2014. 3. 1.)    보상한도종료일 (2014. 7. 31.)    (2015.2.28) 2015.3.1.부터 보상한도 복원</p> <p>365일 153일 (예 : 5천만원 보상) 보상제외 (212일) 보상한도 복원</p> <p>⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 중전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 중전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항을 적용합니다.</p> <p>⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.</p> <p>⑦ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제6항에 따라 보상합니다.</p>						
	<p>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>보 상 한 도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>외래</td> <td>방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여<sup>주1)</sup>'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 &lt;표1&gt;의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액<sup>주2)</sup>의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)</td> </tr> <tr> <td>처방조제비</td> <td>처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여<sup>주1)</sup>'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 &lt;표1&gt;의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액<sup>주2)</sup>의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)</td> </tr> </tbody> </table> <p>주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우를 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)</p> <p>주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한</p>	구분	보 상 한 도	외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 <sup>주1)</sup> '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)	처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 <sup>주1)</sup> '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)
구분	보 상 한 도						
외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 <sup>주1)</sup> '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)						
처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 <sup>주1)</sup> '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)						
(2) 상해통원	<p>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>보 상 한 도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>외래</td> <td>방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여<sup>주1)</sup>'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 &lt;표1&gt;의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액<sup>주2)</sup>의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)</td> </tr> <tr> <td>처방조제비</td> <td>처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여<sup>주1)</sup>'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 &lt;표1&gt;의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액<sup>주2)</sup>의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)</td> </tr> </tbody> </table> <p>주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우를 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)</p> <p>주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한</p>	구분	보 상 한 도	외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 <sup>주1)</sup> '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)	처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 <sup>주1)</sup> '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)
구분	보 상 한 도						
외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 <sup>주1)</sup> '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)						
처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 <sup>주1)</sup> '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)						

보장종목	보상하는 사항																															
(2) 상해통원	<p>금액으로 합니다.</p> <p style="text-align: center;"><b>&lt; 표1 &gt; 항목별 공제금액</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>구 분</th> <th>항 목</th> <th>공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">표 준 형</td> <td>외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)</td> <td>「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소</td> <td>1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">선택 형 II</td> <td>외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)</td> <td>「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td> <td>1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td>처방조제비</td> <td>「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원</td> <td>2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">선택 형 II</td> <td>외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)</td> <td>「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)</td> <td>8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td>처방조제비</td> <td>「국민건강보험법」 제42조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소</td> <td>1만원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">선택 형 II</td> <td>외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)</td> <td>「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td> <td>1만5천원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td>처방조제비</td> <td>「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원</td> <td>2만원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td>처방조제비</td> <td>「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의</td> <td>8천원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여</td> </tr> </tbody> </table>	구 분	항 목	공제금액	표 준 형	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액	선택 형 II	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액	선택 형 II	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액	선택 형 II	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의	8천원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여
	구 분	항 목	공제금액																													
표 준 형	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액																													
	선택 형 II	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액																												
		처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액																												
선택 형 II	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액																													
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액																													
선택 형 II	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액																													
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액																													
처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의	8천원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여																														

보장종목		보상하는 사항													
	구분	항목	공제금액												
		직접조제 1건당)	10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액												
(2) 상해통원	<p>② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.</p> <p style="text-align: center;"><b>&lt;보상기간 예시&gt;</b></p> <table border="1" style="margin: auto;"> <thead> <tr> <th>보상대상기간 (1년)</th> <th>보상대상기간 (1년)</th> <th>보상대상기간 (1년)</th> <th>추가보상 (180일)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">↑계약일 (2014. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">↑계약해당일 (2015. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">↑계약해당일 (2016. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">↑계약 종료일 (2016. 12. 31.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">↑보상종료일 (2017. 6. 29.)</td> </tr> </tbody> </table>			보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑계약일 (2014. 1. 1.)	↑계약해당일 (2015. 1. 1.)	↑계약해당일 (2016. 1. 1.)	↑계약 종료일 (2016. 12. 31.)				↑보상종료일 (2017. 6. 29.)
	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)											
	↑계약일 (2014. 1. 1.)	↑계약해당일 (2015. 1. 1.)	↑계약해당일 (2016. 1. 1.)	↑계약 종료일 (2016. 12. 31.)											
				↑보상종료일 (2017. 6. 29.)											
	<p>③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 상해로 약국에서 2회 이상의 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.</p>														
	<p>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.</p>														
	<p>⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 &lt;표1&gt;의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.</p>														
	<p>⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.</p>														
	<p>⑦ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제6항에 따라 보상합니다.</p>														
	<p>① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가</p>														

보장종목		보상하는 사항	
		정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.	
	구분	항목	보상금액
(3) 질병입원	표준형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주) 상급병실료 차액은 제외합니다
		상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
	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 '비급여'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 10%에 해당하는 금액과 비급여의 20%에 해당하는 금액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주) 상급병실료 차액은 제외합니다
		상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
		<p>위 표에서 '비급여'라 함은 「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)</p> <p>② 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>③ 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도 종료일로부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.</p> <p style="text-align: center;"><b>&lt;보상기간 예시&gt;</b></p>	

보장종목	보상하는 사항				
	(i) 최초입원일 ~ 보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이상인 경우 <div style="text-align: center;"> <p>426일 (예: 5천만원 보상)    보상제외 (90일)    보상한도 복원</p> <p>계약일 (2014. 1. 1.)    최초 입원일 (2014. 3. 1.)    보상한도종료일 (2015. 4. 30.)    (2015. 7. 29.) 2015. 5. 1.부터 보상제외    2015. 7. 30.부터 보상재개</p> </div>				
	(ii) 최초입원일 ~ 보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우 <div style="text-align: center;"> <p>365일    153일 (예: 5천만원 보상)    보상제외 (212일)    보상한도 복원</p> <p>계약일 (2014. 1. 1.)    최초 입원일 (2014. 3. 1.)    보상한도종료일 (2014. 7. 31.)    (2015.2.28) 2014. 8. 1.부터 보상제외    2015.3.1.부터 보상재개</p> </div>				
(3) 질병입원	<p>④ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학적상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.</p> <p>⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항을 적용합니다.</p> <p>⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.</p> <p>⑦ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제6항에 따라 보상합니다.</p>				
(4) 질병통원	<p>① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>보 상 한 도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>외래</td> <td>방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여<sup>주1)</sup>’를 합한 금액(본인이 실제로 부</td> </tr> </tbody> </table>	구분	보 상 한 도	외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 <sup>주1)</sup> ’를 합한 금액(본인이 실제로 부
구분	보 상 한 도				
외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 <sup>주1)</sup> ’를 합한 금액(본인이 실제로 부				

보장종목	보상하는 사항																						
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>보 상 한 도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>외래 제비용 및 외래 수술비 합계)</td> <td>담한 금액을 말합니다)에서 &lt;표1&gt;의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액<sup>주2)</sup>의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)</td> </tr> <tr> <td>처방 조제비</td> <td>처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여<sup>주1)</sup>’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 &lt;표1&gt;의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액<sup>주2)</sup>을 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)</td> </tr> </tbody> </table>	구분	보 상 한 도	외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)	처방 조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 <sup>주1)</sup> ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 을 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)																
	구분	보 상 한 도																					
외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)																						
처방 조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 <sup>주1)</sup> ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 을 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)																						
(4) 질병통원	<p>주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)</p> <p>주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다.</p> <p style="text-align: center;"><b>&lt; 표1 &gt; 항목별 공제금액</b></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>항 목</th> <th>공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">표 준 형</td> <td>외래 제비용 및 외래 수술비 합계)</td> <td>「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소</td> <td>1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">외래 수술비 합계)</td> <td>「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td> <td>1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td>「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원</td> <td>2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td>처방 조제비</td> <td>「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)</td> <td>8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">선 택 형 II</td> <td>외래 제비용 및 외래 수술비 합계)</td> <td>「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소</td> <td>1만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액)의 합산액)중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td>외래 수술비 합계)</td> <td>「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td> <td>1만5천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당</td> </tr> </tbody> </table>	구분	항 목	공제금액	표 준 형	외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액	외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액	처방 조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액	선 택 형 II	외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액)의 합산액)중 큰 금액	외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당
구분	항 목	공제금액																					
표 준 형	외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액																				
	외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액																				
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액																				
처방 조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액																					
선 택 형 II	외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액)의 합산액)중 큰 금액																				
	외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당																				

보장종목		보상하는 사항													
	구분	항목	공제금액												
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	액의 합산액)중 큰 금액												
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	2만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액 8천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액												
<p>② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.</p> <p style="text-align: center;"><b>&lt;보상기간 예시&gt;</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>보상대상기간 (1년)</th> <th>보상대상기간 (1년)</th> <th>보상대상기간 (1년)</th> <th>추가보상 (180일)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">↑ 계약일 (2014. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 계약해당일 (2015. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 계약해당일 (2016. 1. 1.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 계약 종료일 (2016. 12. 31.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">↑ 보상종료일 (2017. 6. 29.)</td> </tr> </tbody> </table> <p>③ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 질병으로 약국에서 2회 이상 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복 방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.</p> <p>④ "하나의 질병"이란 발생 원인이 동일한 질병(의학적 상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다.</p> <p>⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 &lt;표1&gt;의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.</p>				보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑ 계약일 (2014. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2015. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2016. 1. 1.)	↑ 계약 종료일 (2016. 12. 31.)				↑ 보상종료일 (2017. 6. 29.)
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)												
↑ 계약일 (2014. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2015. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2016. 1. 1.)	↑ 계약 종료일 (2016. 12. 31.)												
			↑ 보상종료일 (2017. 6. 29.)												
(4)	질병통원														

보장종목		보상하는 사항	
		⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로 소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.	
		⑦ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제6항에 따라 보상합니다.	

### 제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항) 회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목		보상하지 않는 사항	
		① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.	
		1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.	
		2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.	
		3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우	
		4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원한 경우에는 보상합니다.	
		5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우	
		6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비	
(1)	상해입원	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, 스쿠버 다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩	
		2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)	
		3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안	
		③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.	
		1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다). 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비	
		2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한	

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해입원	<p>제)</p> <p>3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</p> <p>4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비  가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등  나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술  다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 보니다)  라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술  마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제6항에 따라 보상합니다.</p> <p>10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p>
(2) 상해통원	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.</p> <p>2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
(2) 상해통원	<p>험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.</p> <p>3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우</p> <p>4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 통원한 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우</p> <p>6. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비</p> <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩</p> <p>2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)</p> <p>3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안</p> <p>③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치과관련 치료를 제외하고 보상합니다).한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</p> <p>2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)</p> <p>3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</p> <p>4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p>



보장종목	보상하지 않는 사항
(2) 상해통원	<p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)상해통원 제1항부터 제4항 및 제6항에 따라 보상합니다.</p> <p>10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p>
(3) 질병입원	<p>① 회사는 다음의 사유로 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.</li> <li>보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.</li> <li>계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우</li> <li>피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원처리가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비</li> </ol> <p>② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>정신 및 행동장애(F04 ~ F99) (다만, F04 ~ F09, F20 ~ F29, F30 ~ F39, F40 ~ F48, F51, F90 ~ F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)</li> <li>여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)</li> <li>피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00 ~ O99)</li> <li>선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04)</li> </ol>

보장종목	보상하지 않는 사항
(3) 질병입원	<ol style="list-style-type: none"> <li>비만(E66)</li> <li>요실금(N39.3, N39.4, R32)</li> <li>직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분 (I84, K60 ~ K62, K64)</li> </ol> <p>③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</li> <li>「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)</li> <li>「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)</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비 <ol style="list-style-type: none"> <li>단순한 피로 또는 권태</li> <li>주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환</li> <li>발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosi), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(별표2비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환</li> </ol> </li> <li>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.</li> <li>아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 <ol style="list-style-type: none"> <li>쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련</li> </ol> </li> </ol>

보장종목	보상하지 않는 사항
(3) 질병입원	<p>고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)질병입원 제1항 및 제3항부터 제6항에 따라 보상합니다.</p> <p>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)</p> <p>12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p>
(4) 질병통원	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.</li> <li>보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.</li> <li>계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우</li> <li>피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비</li> </ol> <p>② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>정신 및 행동장애(F04 ~ F99) (다만, F04 ~ F09, F20 ~ F29, F30 ~ F39, F40 ~ F48, F51, F90 ~ F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)</li> <li>여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)</li> <li>피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00 ~ O99)</li> <li>선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04)</li> <li>비만(E66)</li> <li>요실금(N39.3, N39.4, R32)</li> <li>직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62, K64)</li> </ol> <p>③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
(4) 질병통원	<ol style="list-style-type: none"> <li>치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</li> <li>「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)</li> <li>「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비 <ol style="list-style-type: none"> <li>단순한 피로 또는 권태</li> <li>주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환</li> <li>발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosi), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(별표2)비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환</li> </ol> </li> <li>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.</li> <li>아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 <ol style="list-style-type: none"> <li>쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다).축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등</li> <li>사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</li> </ol> </li> <li>안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수</li> </ol>

보장종목	보상하지 않는 사항
(4) 질병통원	<p>술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용, 간병비</p> <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (4)질병통원 제1항부터 제4항 및 제6항에 따라 보상합니다.</p> <p>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)</p> <p>12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>13. 「응급의료에 관한 법률」등 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p>

**제4조의2(특별약관에서 보상하는 사항)** ① 제3조 및 제4조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 기본형 실손의료비 특별약관에서 보상하지 않습니다.

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

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

#### 제4관 보험금의 지급

**제5조(보험금 지급사유 발생의 통지)** 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

**제6조(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 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

**제7조(보험금의 지급절차)** ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

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

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유를 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 「보험금을 지급할 때의 적립이율」(「별표42」참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

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

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

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

**제8조(보험금을 받는 방법의 변경)** ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자를 말합니다)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

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

지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

**제9조(주소변경의 통지)** ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.  
 ② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

**제10조(대표자의 지정)** ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 하며, 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.  
 ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.  
 ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 연대하여 그 책임을 집니다.

**제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등**

**제11조(계약 전 알릴 의무)** 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법에 따른 "고지의무"와 같으며, 이하 "계약 전 알릴 의무"라 합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

**제12조(상해보험계약 후 알릴 의무)** ① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
  - 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
  - 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
  - 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

**[직업]**

- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분(예)에 따른 위치나 자리를 말함(예) 학생, 미취학아동, 무직 등

**[직무]**

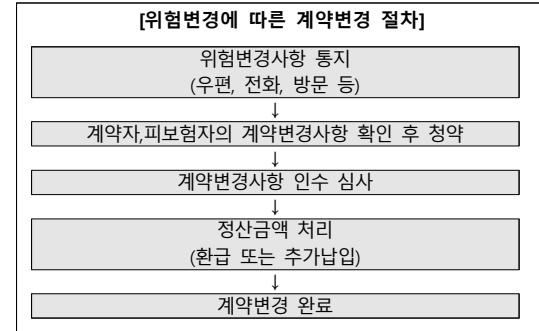
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우(예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

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

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제18조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



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

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

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

**제13조(알릴 의무 위반의 효과)** ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
  2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제12조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제1항제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
  - 가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
  - 나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
  - 다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때
- ③ 제1항에 따라 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 회사는 제29조(보험료의 환급)에 따라 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 서면 등으로 알려드립니다.
- ⑤ 제1항제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제12조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

**제14조(사기에 의한 계약)** 계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

## 제6관 보험계약의 성립과 유지

- 제15조(보험계약의 성립)** ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
  - ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.

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

**제16조(약관교부 및 설명 의무 등)** ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
  1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 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 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.

- ③ 제1항 단서에도 불구하고 사이버물 등 인터넷을 이용하여 모집한 경우 회사는 계약자의 별도 동의 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 광기록매체, 전자우편 등 전자적 방법으로 드릴 수 있습니다. 다만, 보험계약자가 서면으로 교부하여 줄 것을 요청하는 경우에는 서면으로 드립니다.
- ④ 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
  1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
  2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(자필서명에는 도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)
- ⑤ 제4항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 다음의 어느 하나에 해당할 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 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 계약의 경우
- ⑥ 제4항에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ⑦ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

**제17조(계약의 무효)** ① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경

우에는 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 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

**제18조(계약내용의 변경 등)** ① 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.

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

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

③ 계약자가 제1항제4호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제29조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

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

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

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

**제19조(보험나이 등)** ① 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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

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

**【보험나이 계산 예시】**

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

**제20조(특별약관의 소멸)** 피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7관 보험료의 납입**

**제21조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)** ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 계약자로부터 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 있는 사유로 자동이체 또는 매출 승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제11조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
  2. 제13조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
  3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생 시까지 피보험자가 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장을 해드립니다.
  - ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

**제22조(제2회 이후 보험료의 납입)** 계약자는 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 계약자가 보험료를 납입한 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사가 발행한 증명서류를 영수증으로 대신합니다.

**【납입기일】** 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

**제23조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]** ① 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

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

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.

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

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제29조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

**제24조[보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)]** ① 제23조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 제29조(보험료의 환급)에 따라 보험료를 돌려받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'에 1%를 더한이율의 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무), 제13조(알릴 의무 위반의 효과), 제14조(사기에 의한 계약), 제15조(보험계약의 성립) 및 제21조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

**제25조[강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)]** ① 회사는 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 제18조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

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

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

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

## 제8관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

**제26조(계약자의 임의해지)** 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사는 제29조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

**제27조(중대사유로 인한 해지)** ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나

그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고 제29조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

**제28조(회사의 파산선고와 해지)** ① 회사가 파산의 선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 제29조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

**제29조(보험료의 환급)** ① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료

2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.

② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

③제1항 제2호에서 '계약자 또는 피보험자의 책임 있는 사유'라 함은 다음 각 호를 말합니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 임의 해지하는 경우
2. 회사가 제14조(사기에 의한 계약), 제26조(계약자의 임의해지) 또는 제27조(중대사유로 인한 해지)에 따라 계약을 취소 또는 해지하는 경우
3. 보험료 미납으로 인한 계약의 효력 상실

④ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 돌려드려야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

## 제9관 다수보험의 처리 등

**제30조(다수보험의 처리)** ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

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

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

**제31조(연대책임)** ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.

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

### 제10관 분쟁의 조정 등

**제32조(분쟁의 조정)** 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자나 그 밖의 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

**제33조(관할법원)** 이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원이 하는 것으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

**제34조(소멸시효)** 보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

**【설명】**  
제3조(보장종목별 보장내용)에 따른 보험금 지급사유가 2017년 1월1일에 발생하였음에도 2019년 12월 31일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

**제35조(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.

**제36조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)** 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약에 권유하기 위하여 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

**제37조(회사의 손해배상책임)** ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여

계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

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

④ 회사가 제16조(약관교부 및 설명 의무 등) 제7항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.

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

**제38조(개인정보보호)** ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에서 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

**제39조(준거법)** 이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

**제40조(예금보험에 의한 지급보장)** 회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

### <붙임1> 용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약



용어	정의
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분
약국	「약사법」 제2조 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	「국민건강보험법」 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원을 말하며, 조산원은 제외
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정된 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, 보건의원 및 보건지소 등 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원 시 병실료 산정에 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액
보상한도 종료일	회사가 보험가입금액 한도까지 입원의료비를 보상한 기준 입원일자
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약품업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호

용어	정의
	7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법」 시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법」 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 회사가 보장하지 않는 금액
보상책임액	(보상대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함
도수치료	치료자가 손(정형용 고정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 간(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.

용어	정의
	류표에 따릅니다.
희귀의약품	식품의약품안전처장이「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* *「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.
자기공명영상진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」상의 MRI 범주에 따름)

**비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 특별약관**

**제1조(보장종목)** ① 회사가 판매하는 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다)은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용
피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여 <sup>주)</sup> 「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 특별약관의 명칭에 '비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

**제2조(용어의 정의)** ① 이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

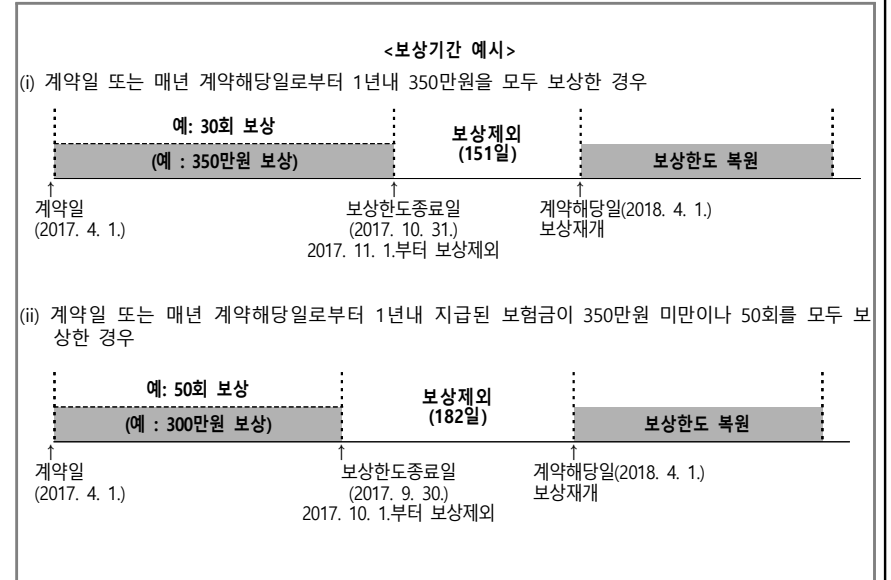
용어	정의
도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용하여 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프질 등)의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절,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

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

**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.	
구분	내용
보상대상 의료비	「도수치료·체외충격파치료·증식치료」로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)
공제금액	1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 350만원 이내에서 50회 <sup>주)</sup> 까지 보상

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



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

**보상하는 사항**

- 제1항에서 정한 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
- ③ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 행위별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.
- ④ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 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>**



- ⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 도수치료·체외충격파치료·증식치료 비급여의료비를 계산합니다.
- ⑦ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 도수치료·체외충격파치료·증식치료를 받은 경우, 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제6항에 따라 보상합니다.

**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 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
  2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.
  3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
  4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
  5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

**보상하지 않는 사항**

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 헬글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
  2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
  3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
  2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
  3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00 ~ O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
  4. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04)
  5. 비만(E66)
  6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
  7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62, K64)
- ④ 회사는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00 ~ K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다).한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
  2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
  3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
  4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
    - 가. 단순한 피로 또는 권태
    - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비선생물성모반(Q82.5)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
    - 다. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(「별표2」비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
  5. 의치, 의수족, 의안, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.

보상하지 않는 사항
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(음비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다).축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 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, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다. 9. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다) 10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가「의료법」제3조의 4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

**제5조(특별약관의 소멸)** 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조(준용규정)** 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

### 비급여 주사료 실손의료비 특별약관

**제1조(보장종목)** ① 회사가 판매하는 비급여 주사료 실손의료비 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다)은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용
피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여 <sup>주)</sup> 에 해당하는 주사료를 부담하는 경우에 보상

주)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우)으로 「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.

용어	정의
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 실손의료비 특별약관 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.	
구분	내용
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

**보상하는 사항**

<보상기간 예시>

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

예: 30회 보상 (예 : 250만원 보상)      보상제외 (151일)      보상한도 복원

계약일 (2017. 4. 1.)      보상한도종료일 (2017. 10. 31.)      계약해당일(2018. 4. 1.)  
 2017. 11. 1.부터 보상제외      보상재개

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

예: 50회 보상 (예 : 200만원 보상)      보상제외 (182일)      보상한도 복원

계약일 (2017. 4. 1.)      보상한도종료일 (2017. 9. 30.)      계약해당일(2018. 4. 1.)  
 2017. 10. 1.부터 보상제외      보상재개

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

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

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

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

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

⑦ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상하는 연금 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.

**보상하는 사항**

<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.)

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

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

**제4조(보상하지 않는 사항)** 회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

**보상하지 않는 사항**

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

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

- 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- 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)
- 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

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

- 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
- 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관 관련 합병증(N96 ~ N98)
- 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.
- 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04)
- 비만(E66)
- 요실금(N39.3, N39.4, R32)

보상하지 않는 사항
7. 직장 또는 향문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(184, K60 ~ K62, K64)
④ 회사는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00 ~ K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다. 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 단순한 피로 또는 권태
나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
다. 발기부전(impotence), 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(별표2) 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다). 축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료 재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조

보상하지 않는 사항
(보상내용)에 따라 보상합니다.
9. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
12. 증식치료로 인하여 발생하는 주사료 및 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생하는 약제비 또는 조영제에 해당하는 의료비

**제5조(특별약관의 소멸)** 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조(준용규정)** 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

#### 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 특별약관

**제1조(보장종목)** ① 회사가 판매하는 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다)은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용
피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여 <sup>주)</sup> 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.

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

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

**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 음식을 중독증상은 포함되지 않습니다.			
④ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 보상금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.			
<보상기간 예시>			
↑ 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.)
⑤ 피보험자가 직위복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 의료비를 계산합니다.			
⑥ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 자기공명영상진단을 받은 경우, 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제5항에 따라 보상합니다.			

**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 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비
② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
③ 회사는 「한국표준질병사인분류」에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00 ~ O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
4. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62, K64)
④ 회사는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00 ~ K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다). 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에

**보상하지 않는 사항**

- 따라 보상합니다.
4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
    - 가. 단순한 피로 또는 권태
    - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염 상모반 등 선천성 비산생물성모반(Q82.5)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
    - 다. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(별표2) 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
  5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
  6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
    - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다).축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 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, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
    - 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
    - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
  7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
  8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
  9. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
  10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
  11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

**제5조(특별약관의 소멸)** 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조(준용규정)** 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

**국민건강보험 비가입자 추가특별약관**

**제1조(적용대상)**

이 추가특별약관의 피보험자는 기본형 실손의료비 특별약관의 피보험자 중 국민건강보험 비가입자로 합니다.

**제2조(보상하는 사항)**

기본형 실손의료비 특별약관의 제3조(보장종목별 보상내용)와 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 이 추가특별약관의 피보험자에 대해서는 국민건강보험 가입자와 동일하게 기본형 실손의료비 특별약관을 적용합니다. 다만, 자동차사고 및 산업재해보상사고의 경우 피보험자가 실제로 부담한 의료비는 기본형 실손의료비 특별약관의 제3조(보장종목별 보상내용)와 제4조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상합니다.

**제3조(계약 후 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 발생한 날로부터 이 추가특별약관은 해지되며 회사는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 정해진 보험료를 환급하여 드립니다.

**제4조(준용규정)**

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

**입원의료비 한방(비급여) 추가특별약관**

**제1조(보상하는 사항)**

회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해입원의료비 제3항 제1호 또는 (3)질병입원의료비 제3항 제1호 및 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 특별약관, 비급여 주사료 실손의료비 특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 특별약관(이하 "특약형 실손의료비 특별약관"이라 합니다) 제4조(보상하지 않는 사항)의 제4항 제1호에도 불구하고 피보험자가 한방병원 또는 한방의원에 입원하여 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목에 해당하지 않는 비급여 의료비를 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해입원의료비 또는 (3)질병입원의료비와 특약형 실손의료비 특별약관 제3조(보상내용)에서 정한 바에 따라 보상합니다.

**제2조(보상하지 않는 사항)**

회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해입원의료비 또는 (3)질병입원의료비에서 정한 사항(제3항 제1호의 한방 치료는 제외합니다)과 특약형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)에서 정한 사항(제4항 제1호의 한방 치료는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법, 추나요법 등) 및 차멸미, 비만, 금연 등 질병치료 이외의 목적으로 시술한 침술
2. 치료 목적이 아닌 단순한 건강증진을 위한 투약 및 침약



### 제3조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 상해입원의료비 또는 질병입원의료비의 보상한도는 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해입원의료비 또는 (3)질병입원의료비 보험가입금액과 특약형 실손의료비 특별약관 제3조(보상내용)의 보상한도를 한도로 합니다.

### 제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관, 특약형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

## 입원의료비 초과(비급여) 추가특별약관

### 제1조(보상하는 사항)

회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해입원의료비 제3항 제1호 또는 (3)질병입원의료비 제3항 제1호와 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 특별약관, 비급여 주사료 실손의료비 특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 특별약관(이하 “특약형 실손의료비 특별약관”이라 합니다) 제4조(보상하지 않는 사항)의 제4항 제1호에도 불구하고 피보험자가 치과병원 또는 치과의원에 입원하여 치과치료에서 발생한 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목에 해당하지 않는 비급여 의료비를 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해입원의료비 또는 (3)질병입원의료비와 특약형 실손의료비 특별약관 제3조(보상내용)에서 정한 바에 따라 보상합니다.

### 제2조(보상하지 않는 사항)

회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해입원의료비 또는 (3)질병입원의료비에서 정한 사항(제3항 제1호의 치과치료는 제외합니다)과 특약형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)에서 정한 사항(제4항 제1호의 한방 치료는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비

### 제3조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 상해입원의료비 또는 질병입원의료비의 보상한도는 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해입원의료비 또는 (3)질병입원의료비 보험가입금액과 특약형 실손의료비 특별약관 제3조(보상내용) 보상한도를 한도로 합니다.

### 제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관, 특약형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

## 특수운동중 실손의료비보장 추가특별약관

### 제1조(적용특칙)

동 추가특별약관은 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 특별약관, 비급여 주사료 실손의료비 특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 특별약관(이하 “특약형 실손의료비 특별약관”이라 합니다)과 기본형 실손의료비 특별약관 제1조(보장종목)의 상해입원형과 상해통원형을 동시에 가입한 계약에 한해 적용합니다.

### 제2조(보험금의 지급사유)

회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해입원 및 (2)상해통원의 제2항 1.과 특약형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 제2항 1.에도 불구하고 피보험자가 보험기간중에 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩을 하는 동안에 발생한 상해로 인하여 병원에 입원 또는 통원하여 발생한 의료비를 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해입원 및 (2)상해통원과 특약형 실손의료비 특별약관 제3조(보상내용)에서 정한 바에 따라 보상합니다.

### 제3조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관, 특약형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

## 특수운전중 실손의료비보장 추가특별약관

### 제1조(적용특칙)

동 추가특별약관은 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 특별약관, 비급여 주사료 실손의료비 특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 특별약관(이하 “특약형 실손의료비 특별약관”이라 합니다)과 기본형 실손의료비 특별약관 제1조(보장종목)의 상해입원형과 상해통원형을 동시에 가입한 계약에 한해 적용합니다.

### 제2조(보험금의 지급사유)

회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해입원 및 (2)상해통원의 제2항 2.과 특약형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 제2항 2.에도 불구하고 피보험자가 보험기간중에 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전을 하는 동안에 발생한 상해로 인하여 병원에 입원 또는 통원하여 발생한 의료비를 기본형 실손의료비 특별약관의 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해입원 및 (2)상해통원과 특약형 실손의료비 특별약관의 제3조(보상내용)에서 정한 바에 따라 보상합니다.

### 제3조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관, 특약형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

## 직무상 선박탑승중 실손의료비보장 추가특별약관

### 제1조(적용특칙)

동 추가특별약관은 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 특별약관, 비급여 주사료 실손의료비 특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 특별약관(이하 "특약형 실손의료비 특별약관"이라 합니다)과 기본형 실손의료비 특별약관 제1조(보장종목)의 상해입원형과 상해통원형을 동시에 가입한 계약에 한해 적용합니다.

### 제2조(보험금의 지급사유)

회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해입원 및 (2)상해통원의 제2항 3.과 특약형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 제2항 3.에도 불구하고 보험기간 중에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안에 발생한 상해로 인하여 병원에 입원 또는 통원하여 발생한 의료비를 기본형 실손의료비 특별약관의 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해입원 및 (2)상해통원과 특약형 실손의료비 특별약관의 제3조(보상내용)에서 정한 바에 따라 보상합니다.

### 제3조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관, 특약형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

## 질병입원의료비 출산확장 추가특별약관

### 제1조(보장내용)

①회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (3)질병입원의료비 제2항 제3호에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제7차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다. 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다)로 입원하여 치료를 받은 경우에는 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (3)질병입원의료비에서 정한 바에 따라 보상합니다. 이 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원에서 발생한 비용은 보상하지 않습니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

### 제2조(보상하지 않는 사항)

회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (3)질병입원의료비에서 정한 사항(제2항 제3호는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 불임에 따른 검사 및 시술

2. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
3. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

### 제3조(보상한도)

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

### 제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

## 질병통원의료비 출산확장 추가특별약관

### 제1조(보장내용)

①회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (4)질병통원의료비 제2항 제3호에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제7차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다. 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다)로 통원하여 치료를 받은 경우에는 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (4)질병통원의료비에서 정한 바에 따라 보상합니다. 이 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업 해당하는 산후조리원에서 발생한 비용은 보상하지 않습니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

### 제2조(보상하지 않는 사항)

회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (4)질병통원의료비에서 정한 사항(제2항 제3호는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 불임에 따른 검사 및 시술
2. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
3. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

### 제3조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 질병입원의료비의 보상한도는 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (4)질병통원의료비 보험가입금액을 한도로 합니다.

### 제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

### 상해확장보장 추가특별약관

#### 제1조(보장내용)

- ① 회사는 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 특별약관, 비급여 주사료 실손의료비 특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 특별약관(이하 "특약형 실손의료비 특별약관"이라 합니다)과 기본형 실손의료비 특별약관에서 정한 상해도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 발생한 상해로 인하여 보험기간 중 병원에 입원을 개시하여 치료를 받은 경우 또는 보험기간 중 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에도 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해입원의료비 또는 (2)상해통원의료비와 특약형 실손의료비 특별약관 제3조(보장내용)에서 정한 바에 따라 보상합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고는 보상하지 않습니다.
- ③ 제1항의 사고로 최초로 입원개시한 날을 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해입원의료비 제4항에서 정한 최초 입원일로 봅니다.
- ④ 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 익일이내에 이 계약의 기본형 실손의료비 특별약관, 특약형 실손의료비 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다.

#### 제2조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관, 특약형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

### 질병확장보장 추가특별약관

#### 제1조(보장내용)

회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (3)질병입원의료비 또는 (4)질병통원의료비와 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 특별약관, 비급여 주사료 실손의료비 특별약관, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 특별약관(이하 "특약형 실손의료비 특별약관"이라 합니다)에서 피보험자가 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 질병의 경우에도 기본형 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (3)질병입원의료비 또는 (4)질병통원의료비와 특약형 실손의료비 특별약관 제3조(보장내용)에서 정한 바에 따라 보상합니다.

### 해외치료 입원의료비 특별약관

해외치료 입원의료비 특별약관은 사람의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한합니다)를 보험회사가 보상하는 상품입니다

### 제1관 일반사항 및 용어의 정의

**제1조(담보종목)** 회사가 판매하는 해외치료 입원의료보험상품은 종합(상해와 질병을 말합니다)입원형으로 구성되어 있습니다.

담보종목	보상하는 내용
종합입원	피보험자가 국내에서 입은 상해 또는 국내에서 발생한 질병으로 인하여 해외의료기관에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상

※ 상해란 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로서 이를 증명하는 공적문서(경찰기록 등) 및 본 특약의 보험금 청구 대상 입원치료일 이전에 국내에서 동일한 상해의 치료를 목적으로 최초 내원한 의료기록이 있는 경우에 한하여 보상합니다.

※ 질병이란 보험기간 중 본 특약의 보험금 청구 대상 입원치료일 이전에 국내에서 동일한 질병(해외의료기관에서 확정 진단되기전 동일 증세로 치료한 경우를 포함합니다.)으로 최초 내원한 의료기록이 있는 경우에 한하여 보상합니다.

**제2조(용어정의)** 이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 <붙임>과 같습니다.

### 제2관 회사가 보상하는 사항

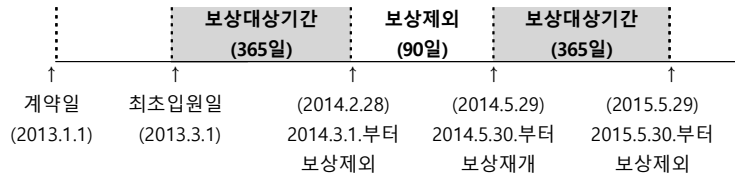
**제3조(보험금의 지급사유)** ① 회사는 피보험자가 국내에서 입은 상해 또는 국내에서 발생한 질병으로 인하여 해외의료기관에 입원하여 의사(치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 한함)의 치료를 받은 경우에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 ( )% 해당액을 하나의 상해당 또는 하나의 질병당 보험증권에 기재된 각각의 보험가입금액을 한도로 보상합니다.

② 제1항에도 불구하고 척추지압술(Chiropractic, 추나요법 등)이나 침술(부항, 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 US \$1000.00 한도로 보상합니다.

③ 제1항의 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.

④ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다), 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비는 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 동일한 상해 또는 하나의 질병으로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해 또는 질병으로 보아 다시 보상합니다.

<보상기간 예시>



- ⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 단, 동일회사의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
- ⑦ 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.

### 제3관 회사가 보상하지 않는 사항

- 제4조(보상하지 않는 사항)** ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.
- 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
  - 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
  - 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
  - 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상합니다.
  - 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
  - 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하지 않습니다.
- 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
  - 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)
  - 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.
- 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)

- 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관 관련 합병증(N96~N98)
  - 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)
  - 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
  - 비만(E66)
  - 비뇨기계 장애(N39, R32)
  - 직장 또는 항문질환 (I84, K60~K62)
- ④ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.
- 질병의 경우 치과치료, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비
  - 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
  - 영양제, 중합비타민제, 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 보상합니다.
  - 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), 거열반 등 안과질환
  - 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
  - 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
    - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(용비술), 유방확대.축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
    - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
    - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
    - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
    - 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
  - 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
  - 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)

### 제4관 보험금의 지급

**제5조(보험금 지급사유의 통지)** 계약자 또는 피보험자나 수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

**제6조(보험금의 청구)** ① 수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- 보험금 청구서 (회사 양식)
- 사고증명서 (진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

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

**제7조(보험금의 지급절차)** ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

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

1. 소송제기
  2. 분쟁조정 신청
  3. 수사기관의 조사
  4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
  5. 제5항에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
  6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 「보험금을 지급할 때의 적립이율」(【별표42】참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제13조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용자 등을 명시하고 설명합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제8조(보험금 받는 방법의 변경)** ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변

경할 수 있습니다.

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

**제9조(주소변경통지)** ① 계약자(수익자가 계약자와 다른 경우 수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

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

**제10조(대표자의 지정)** ① 계약자 또는 수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

### 제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

**제11조(계약 전 알릴 의무)** 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

**제12조(상해보험계약 후 알릴 의무)** ① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
  - 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
  - 나. 직업이 없는 자가 취직할 경우
  - 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

#### 【직업】

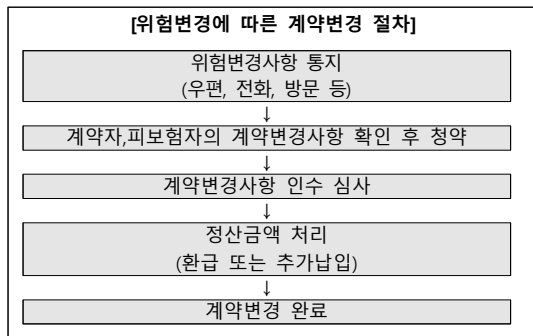
- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분(예: 학생, 미취학아동, 무직 등)에 따른 위치나 자리를 말함

#### 【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우  
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우  
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제18조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



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

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

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

**제13조(알릴 의무 위반의 효과)** ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제12조(상해보험계약 후 알릴 의무)제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무

를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

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

③ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 제29조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다. 또한 이 경우, 제29조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 또한, 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제12조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 수익자가 증명하는 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

**제14조(사기에 의한 계약)** 계약자 또는 피보험자가 대리인, 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 계약일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

## 제6관 보험계약의 성립과 유지

**제15조(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, 보험료 전액 또는 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계

약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

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

**제16조(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.

- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 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 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.

- ③ 제1항 단서에도 불구하고 사이버물 등 인터넷을 이용하여 모집한 경우 회사는 계약자의 별도 동의 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 광기록매체, 전자우편 등 전자적 방법으로 드릴 수 있습니다. 다만, 보험계약자가 서면으로 교부하여 줄 것을 요청하는 경우에는 서면으로 드립니다.
- ④ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

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

- ⑤ 제4항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
  2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ⑥ 제4항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

**제17조(계약의 무효)** 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 그러나 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보며 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다. 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 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제18조(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 또는 담보종목
  2. 보험기간
  3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
  4. 계약자, 보험가입금액 등 기타 계약의 내용
- ② 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1항 제4호의 규정에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 제29조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 계약자는 수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
- ⑤ 계약자가 제4항에 따라 수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 제1항 제4호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

- 제19조(보험나이 등)** ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

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

**제20조(특별약관의 소멸)** 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제7관 보험료의 납입

**제21조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)** ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한

경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제11조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
  2. 제13조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
  3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
  - ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

**제22조(제2회 이후 보험료의 납입)** 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

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

**제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)** ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

1. 계약자(수익자와 계약자가 다른 경우 수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
  2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는

제29조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

**제24조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))** ① 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 제29조(보험료의 환급)에 따라 보험료를 돌려받지 않은 경우 계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무), 제13조(알릴 의무 위반의 효과), 제14조(사기에 의한 계약), 제15조(보험계약의 성립) 및 제21조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제11조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제13조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제25조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))** ① 제29조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제18조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 수익자에게 통지하여야 합니다.

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

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

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

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

## 제8관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

**제26조(계약자의 임의해지)** ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제29조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

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

**제27조(중대사유로 인한 해지)** ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 수익자가 회사에게 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급하게 할 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우



2. 계약자, 피보험자 또는 수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제29조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

**제28조(회사의 파산선고와 해지)** ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제29조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.

**제29조(보험료의 환급)** ① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료

2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.

② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

③ 제1항 제2호에서 '계약자 또는 피보험자의 책임 있는 사유'라 함은 다음 각 호를 말합니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 임의 해지하는 경우  
2. 회사가 제14조(사기에 의한 계약), 제26조(계약자의 임의해지) 또는 제27조(중대사유로 인한 해지)에 따라 계약을 취소 또는 해지하는 경우

3. 보험료 미납으로 인한 계약의 효력 상실

④ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 돌려드려야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

## 제9관 다수보험의 처리 등

**제30조(다수보험의 처리)** ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.

③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입

원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \frac{\text{계약의 보상대상 의료비 중 최고액} \times \text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

**제31조(연대책임)** ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 수익자가 동일한 다수보험의 경우 수익자는 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 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

## 제10관 분쟁조정 등

**제32조(분쟁의 조정)** 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

**제33조(관할법원)** 이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

**제34조(소멸시효)** 보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

### 【설명】

제3조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 2017년 1월1일에 발생하였음에도 2019년 12월 31일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

**제35조(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 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

**제36조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)** 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

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

**제37조(회사의 손해배상책임)** ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험 설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 수익자에게 발생한 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 수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

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

**제38조(개인정보보호)** ① 회사는 이 계약과 관련된 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 수익자의 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.

**제39조(준거법)** 이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

**제40조(예금보험에 의한 지급보장)** 회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

<붙임> 용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
회사	보험회사
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
해외의료기관	해외소재 의료기관
병원	국민건강보험법 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 보험대상자의 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
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 - 보상제외금액) × 회사부담비율

용어	정의
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

**대중교통이용중 상해사망후유장해 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「대중교통 이용 중에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로서 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항의 「대중교통이용중 교통사고」라 함은 다음의 각호와 같습니다.

1. 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
  2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
  3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고
- ③ 제2항의 대중교통수단이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.

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

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**항공기상해 부보장 추가특별약관**

**제1조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 피보험자가 승객으로서 여객수송용 항공기를 이용하던 중에 특별약관에 정한 사고로 인한 상해를 입었을 때, 그 상해로 생긴 손해에 대하여는 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보상하지 않습니다.

**제2조(준용규정)**

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

**철도·지하철·항공기사고 상해사망후유장해 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「아래의 사고로 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
  - 가. 철도 및 지하철 사고
  - 나. 항공기 사고
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여는 보상하지 않습니다.

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

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**<용어풀이>**

- 철도 및 지하철사고라 함은 운행중의 기차, 전동차 및 기동차에 피보험자가 탑승하지 않은 때 이들 운행중의 기차, 전동차 및 기동차(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들의 충돌, 접촉, 화재 및 폭발사고와 피보험자가 탑승하고 있을 때 또는 승객(입장객 포함)으로서 승강장 안에 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.
- 기차, 전동차, 기동차의 「운행중」이란 기차, 전동차, 기동차의 당해장치인 원동기장치, 조향장치, 고정장치 등을 그 장치의 용법에 따라 사용하는 중을 말합니다.
- 항공기사고라 함은 피보험자가 항공기 탑승중의 사고, 비행장 구내에서의 사고 및 피보험자가 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지 항공운송업자가 제공하는 교통수단에 탑승중의 사고를 말합니다. 여기서 비행장 구내란 비행기 탑승시 각 항공사의 개찰구 안쪽

을 말합니다.

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

**철도 및 지하철사고 상해사망후유장해 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「철도 및 지하철 사고로 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여는 보상하지 않습니다.

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

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**<용어풀이>**

- 철도 및 지하철사고라 함은 운행중의 기차, 전동차 및 기동차에 피보험자가 탑승하지 않은 때 이들 운행중의 기차, 전동차 및 기동차(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들의 충돌, 접촉, 화재 및 폭발사고와 피보험자가 탑승하고 있을 때 또는 승객(입장객 포함)으로서 승강장 안에 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.
- 기차, 전동차, 기동차의 「운행중」이란 기차, 전동차, 기동차의 당해장치인 원동기장치, 조향장치, 고정장치 등을 그 장치의 용법에 따라 사용하는 중을 말합니다.

**항공기탑승중 상해사망후유장해 특별약관**

### 제1조(보험금의 지급사유)

④ 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「항공기사고로 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

② 위 ①에서「항공기사고」라 함은 항공기 탑승중의 사고, 비행장 구내에서의 사고 및 피보험자가 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지 항공운송업자가 제공하는 자동차 및 기타 교통수단에 탑승중의 사고를 말합니다. 여기서「비행장구내」란 비행기 탑승시 각 항공사의 개찰구 안쪽을 말합니다.

③ 위 ②에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 위 ②에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

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

2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거

3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)

4. 9종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다)

5. 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 않은 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항 외에 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해의 경우에는 보상하지 않습니다.

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

2. 하역작업을 하는 동안

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

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 심야교통상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

④ 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「심야 동안에 아래의 사고로 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

가. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

나. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고

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

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

② 제1항의 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 제2조에 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.)

### 제2조(용어의 정의)

심야란 당일 22시부터 다음날 04시까지를 말합니다.

### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 손해에 대하여 아래의 행위로 인하여 입은 손해에 대하여도 보상하지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해

2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 명절교통상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

④ 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「명절기간 동안에 아래의 사고로 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

가. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과

- 의 충돌, 접촉 또는 이들 승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
  - 나. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
  - 다. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 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 제2조에 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.)

**제2조(「명절」의 정의)**

명절기간이란 신정(1.1~ 1.2), 추석, 설날의 전 5일과 후 4일을 말합니다.

**제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 손해에 대하여 아래의 행위로 인하여 입은 손해에 대하여도 보상하지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**러시아워 교통상해사망후유장해 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
  1. 보험기간 중에 「러시아워 동안에 아래의 사고로 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
    - 가. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
    - 나. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
    - 다. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고
  2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 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 제2조에 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.)

**제2조(「러시아워」의 정의)**

러시아워란 자동차의 운행이 집중되어있는 시간대로써 06:00 ~ 10:00 및 18:00 ~ 22:00를 말합니다.

**제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 손해에 대하여 아래의 행위로 인하여 입은 손해에 대하여도 보상하지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**비운전자의 자동차 탑승중 상해사망후유장해 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
  1. 보험기간 중에 「운행중인 자동차에 탑승중이거나 승하차하던 중에 자동차사고(이하 「사고」라 합니다)로 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
  2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 탑승중이라 함은 자동차(이륜자동차는 제외합니다)에 승차하고 있는 동안 직접 운전을 하고 있지 않은 상태를 말합니다.
- ③ 제1항의 승하차하던 중에는 운전을 목적으로 하는 승하차는 제외합니다.

**제2조(피보험자의 범위)**

- ① 이 특별약관에 의하여 보험증권에 기재된 본인(이하「본인」이라 합니다) 및 그 가족을 피보험자로 합니다.
- ② 제1항의 가족이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
  1. 피보험자 본인의 배우자
  2. 피보험자 본인과 생계를 같이하는 본인 및 배우자의 부모
  3. 본인과 생계를 같이하는 미혼자녀
- ③ 제2항의 본인과 본인 이외의 피보험자와 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 비탑승중 교통상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로서 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권에 기재된 보험가입금액)

3. 보험기간 중 상해로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 9종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않음)

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제1항 이외에 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
2. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
3. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

### 제3조(보험금의 한도)

① 회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 일반후유장해보험금은 후유장해보험가입금액을 한도로 합

니다.

② 회사는 하나의 사고로 사망보험금과 일반후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급합니다. 그러나 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금을 지급하지 않습니다.

### 제4조(특별약관의 소멸)

① 한번의 사고에 대하여 회사가 제3조(보험금의 한도)의 제2항에 따라 지급한 일반후유장해보험금이 보험가입금액의 80% 미만일 때에는 남은 보험기간에 대한 이 계약의 후유장해보험가입금액은 감액되지 않으며, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호 고도후유장해보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 피보험자가 80% 이상 후유장해 상태가 되어 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에 사망한 때에는 사망보험금을 지급하지 않습니다.

### 제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 단지내 비탑승중 교통상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「단지내에서 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로서 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권에 기재된 보험가입금액)

3. 보험기간 중 상해로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항에서 기타 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 9종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수

단으로 보지 않음)

④ 제1항에서 단지라 함은 10세대 이상이 거주하는 공동주택을 말합니다

1. 공동주택이라 함은 주택건설촉진법 시행령 제2조 ①항에 의거 대지, 벽, 복도, 계단 및 설비 등의 전부 또는 일부를 공동으로 사용하는 각 세대가 하나의 건축물안에서 각각 독립된 주거생활을 영위할 수 있는 구조로 된 주택을 말합니다.

2. 공동주택은 연립주택 및 아파트로 구분되며, 연립주택은 4층이하의, 아파트는 5층이상의 공동주택을 말합니다.

⑤ 제1항에서 단지내라 함은 해당 공동주택의 관리사무소가 관할하는 구역내를 말합니다. 그러나 관리사무소가 없는 공동주택은 공동주택명을 기준으로 하여 공동으로 사용하거나 소유하는 대지를 경계로 하여 그 안쪽을 말합니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제1항 이외에 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
2. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
3. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

**제3조(보험금의 한도)**

① 회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 일반후유장해보험금은 후유장해보험가입금액을 한도로 합니다.

② 회사는 하나의 사고로 사망보험금과 일반후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급합니다. 그러나 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금을 지급하지 않습니다.

**제4조(특별약관의 소멸)**

① 한번의 사고에 대하여 회사가 제3조(보험금의 한도)의 제2항에 따라 지급한 일반후유장해보험금이 보험가입금액의 80% 미만일 때에는 남은 보험기간에 대한 이 계약의 후유장해보험가입금액은 감액되지 않으며, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호 고도후유장해보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 피보험자가 80% 이상 후유장해 상태가 되어 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에 사망한 때에는 사망보험금을 지급하지 않습니다.

**제5조(준용규정)**

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**주차장 및 아파트단지내 운전중 사망보장 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 보험기간 중에 대한민국의 「주차장 및 아파트단지내」내에서 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고(이하 「운전중 사고」라 합니다)로 해당자동차의 개인용자동차보험

또는 업무용자동차보험에서 자기신체사고로 사망보험금을 보상받는 경우 보험증권에 기재된 금액을 지급합니다.

<b>&lt;용어풀이&gt;</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 「주차장 및 아파트단지내」라 함은 아래의 지역을 말합니다.               <ul style="list-style-type: none"> <li>㉠ 아파트 단지내</li> <li>㉡ 지정주차장(공설, 사설을 불문함)</li> <li>㉢ 기타 주택가 등에 주차구역선이 설정되어 있거나 사회상규(社會常規) 내지 관습상 인정되는 주차구역</li> </ul> </li> <li>● 운전이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말함</li> <li>● 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9중 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.</li> </ul>

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에 정한 사항
2. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자가 자동차를 경비용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(자가용 운전자를 대상으로 합니다)가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고
5. 도로주행중(아파트단지내 도로는 제외) 및 도로변 불법주차중 발생한 사고
6. 자동차의 도난으로 인하여 발생한 직,간접적인 손해
7. 피보험자 이외의 자의 운전 중 사고
8. 기타 주차장 및 아파트단지외에서 발생한 사고

**제3조(보험금의 청구)**

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관의 제7조(보험금의 청구)의 서류이외에 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 자동차보험 보험금지급 확인서
2. 그 밖의 필요한 증거서류

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**자동차 교통상해 사망후유장해 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

④ 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「아래의 사고로 발생한 손해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

가. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고

나. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고

다. 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차(적재물을 포함)와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

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

② 제1항의 운전이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

③ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
2. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
3. 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 자동차 교통상해 사망후유장해 특별약관(이륜차 제외)

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「아래의 사고로 발생한 손해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

가. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고

나. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고

다. 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차(적재물을 포함)와의 충돌, 접

촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

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

② 제1항의 운전이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

③ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다. 또한, 이륜자동차는 자동차에 포함되지 않습니다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
2. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
3. 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
4. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 다목의 경우 피보험자가 다른 이륜자동차와의 충돌, 접촉 기타 교통사고로 입은 손해

### 제3조(이륜자동차의 정의)

이륜자동차라 함은, 자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 이륜자동차와 도로교통법 제2조 제19호에서 정한 원동기장치자전거를 말합니다.

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 자동차 운전중 교통상해 사망후유장해 특별약관(운전자용)

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「자동차를 운전하던 중에 발생한 손해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

② 제1항의 운전이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

③ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘



크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

#### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
2. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
3. 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

#### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 자동차 운전중 교통상해 사망후유장해 특별약관(이륜차 제외)(운전자용)

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「자동차를 운전하던 중에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
  2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 운전이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

#### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
2. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
3. 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
4. 피보험자가 이륜자동차를 운전하거나 탑승하던 중 발생한 손해

#### 제3조(이륜자동차의 정의)

이륜자동차라 함은, 자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 이륜자동차를 말합니다.

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 자동차사고 성형수술비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고(이하 “운전중 사고”라 합니다)의 직접적인 결과로 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 위해 사고일로부터 1년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차사고성형수술비로 지급합니다. 다만, 미용을 위한 성형수술을 받은 경우에는 보장하지 않습니다.
- ② 피보험자가 같은 사고로 위 제1항에서 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보장합니다.
- ③ 위 제1항에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ④ 위 제1항 및 제2항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

#### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항
  2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
  3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 사고를 일으키고 도주하였을 때
  2. 피보험자가 자동차를 경비용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
  3. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고
- ③ 회사는 아래의 손해에 대하여 보상하지 않습니다.
1. 인공장기의 수리·교체 및 부분 의치의 보철·임플란트 재시술로 인한 손해

#### 제3조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」

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

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

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**별금 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차 사고(이하 「운전 중 사고」라 합니다)로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 확정판결에 의하여 피보험자가 부담하는 별금액(보험기간 중에 발생한 사고의 별금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 1 사고당 2,000만원을 한도로 보상합니다.

**<용어풀이>**  
운전이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말함

② 제1항의 별금에 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 계약에 따른 보상책임액의 상기합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

③ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자

신을 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. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
7. 피보험자가 자동차를 경비용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 사고를 일으킨 때
8. 피보험자(자가용 운전자를 대상으로 합니다)가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고
9. 피보험자가 도로교통법 제43조에서 정하는 무면허운전 또는 도로교통법 제44조에서 정하는 음주운전 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**어린이보호구역사고 별금 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차 사고(이하 「운전 중 사고」라 합니다)가 발생하여 「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)」 제2호에 해당되는 사고로 받은 별금액이 2천만원을 초과한 경우 초과한 별금액을 1사고당 1천만원을 한도로 지급합니다.

**<용어풀이>**  
운전이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말함

② 제1항의 별금에 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 계약에 따른 보상책임액의 상기합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

③ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 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. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
7. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 사고를 일으킨 때
8. 피보험자(자가용 운전자를 대상으로 합니다)가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고
9. 피보험자가 도로교통법 제43조에서 정하는 무면허운전 또는 도로교통법 제44조에서 정하는 음주운전 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**별금 특별약관(II)**

**제1조(보험금의 지급사유)** ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차 사고(이하 「운전중 사고」라 합니다)로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 확정판결에 의하여 피보험자가 부담하는 별금액(보험기간 중에 발생한 사고의 별금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 1사고당 2,000만원을 한도로 보상합니다. 단, 「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)」 제2호에 해당되는 사고로 받은 별금액은 1사고당 3천만원을 한도로 지급합니다.

**<용어풀이>**

운전이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말함

② 제1항의 별금에 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 계약에 따른 보상책임액의 상기합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

③ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)** 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 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. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
7. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
8. 피보험자(자가용 운전자를 대상으로 합니다)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
9. 피보험자가 도로교통법 제43조에서 정하는 무면허운전 또는 도로교통법 제44조에서 정하는 음주운전 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

**제3조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**자동차사고 변호사선임비용(약식기소 제외) 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 『자동차 운전 중 교통사고』라 합니다)로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검찰에 의해 공소제기(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 『1사고』마다 보험가입금액을 한도로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하지 않습니다.

② 제1항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

③ 제1항의 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제1항의 『자동차를 운전하던 중』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

⑤ 제1항의 『1사고』라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며, 『1사고』로 항소심, 상소심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

⑥ 제1항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 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 보험수익자에게 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. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
7. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
8. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주, 무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

### 제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(소장, 판결문, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 교통사고처리지원금 특별약관(동승자 포함)

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 자동차 중 이륜자동차를 제외)를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀

는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호의 1에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다.)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. “중대법규위반 교통사고”로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료가 필요하다는 진단을 받은 경우

3. “일반교통사고”로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해 배상 보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우.
2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우.

③ 제1항 및 제2항의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 지급합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 보험가입금액
2. 제1항 제2호의 경우

구 분	42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
보험가입금액 3천만원 기준	1천만원	2천만원	3천만원
보험가입금액 5천만원 기준	1천만원	3천만원	5천만원
보험가입금액 7천만원 기준	1천만원	4천만원	7천만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 보험가입금액

④ 제1항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 「교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서」(【별표6】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 제1항에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑥ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 금액을 한도로 보상합니다.

⑦ 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 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

⑧ 제2항에 따라 보험회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
2. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

**<용어풀이>**

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의
- ② 계약자의 고의
- ③ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ④ 피보험자가 자동차를 경비용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑤ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑥ 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

**제3조(보험금의 비례분담)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제3항에 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.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**교통사고처리지원금 이륜자동차 보장 추가특별약관(동승자 포함)**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 교통사고처리지원금 특별약관(동승자 포함) 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 “이륜자동차를 운전하던 중” 급격하고도 우연히 발생한 이륜자동차사고로 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 지급하여 드립니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. “중대법규위반 교통사고”로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. “일반교통사고”로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우
- ② 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
  1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우.
  2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우.
- ③ 제1항 및 제2항의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 지급합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시 1천만원	70일~139일 진단시 2천만원	140일이상 진단시 3천만원
---------------------	----------------------	--------------------

3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원
- ④ 제1항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 「교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서」(「별표6」 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.
- ⑤ 제1항에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.
- ⑥ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 금액을 한도로 보상합니다.
- ⑦ 제1항에서 “이륜자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 이륜자동차의 운전석(이륜차 측차의 좌석은 제외합니다)에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ⑧ 제1항에서 “이륜자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조 및 동 시행규칙 별표1에서 정한 이륜자동차 중 경형이륜자동차를 제외한 이륜자동차에 한하며, 배기량 및 최고정격출력에 관계없이 삼륜 또는 사륜자동차는 제외합니다.
- ⑨ 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 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
- ⑩ 제2항에 따라 보험회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
  1. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)

2. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

**<용어풀이>**

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의
- ② 계약자의 고의
- ③ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ④ 피보험자가 이륜자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑤ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주.무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑥ 이륜자동차에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 통한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다.)

**제3조(준용규정)**

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 교통사고처리지원금 특별약관(동승자 포함)을 따릅니다.

**교통사고처리지원금 특별약관(동승자 제외)**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 자동차 중 이륜자동차를 제외)를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(이하「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호의 1에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 “형사합의금”이라 합니다.)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.
  1. 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)를 사망하게 한 경우
  2. “중대법규위반 교통사고”로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료가 필요하다는 진단을 받은 경우
  3. “일반교통사고”로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해 배상 보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우
- ② 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
  1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우.
  2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에

- 게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우.
- ③ 제1항 및 제2항의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 지급합니다.
    1. 제1항 제1호의 경우 : 보험가입금액
    2. 제1항 제2호의 경우

구 분	42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
보험가입금액 3천만원 기준	1천만원	2천만원	3천만원
보험가입금액 5천만원 기준	1천만원	3천만원	5천만원
보험가입금액 7천만원 기준	1천만원	4천만원	7천만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 보험가입금액
- ④ 제1항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 「교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서」(【별표6】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.
- ⑤ 제1항에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.
- ⑥ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 금액을 한도로 보상합니다.
- ⑦ 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 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
- ⑧ 제2항에 따라 보험회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
  1. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
  2. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
  3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
  4. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
  5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

**<용어풀이>**

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의

- ② 계약자의 고의
- ③ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ④ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑤ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑥ 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

**제3조(보험금의 비례분담)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제3항에 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.

$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$
---

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**교통사고처리지원금 이륜자동차 보장 추가특별약관(동승자 제외)**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 교통사고처리지원금 특별약관(동승자 제외) 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 “이륜자동차를 운전하던 중” 급격하고도 우연히 발생한 이륜자동차사고로 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 지급하여 드립니다.
  - 1. 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 이륜자동차의 탑승자는 제외합니다)를 사망하게 한 경우
  - 2. “중대법규위반 교통사고”로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 이륜자동차의 탑승자는 제외합니다)가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
  - 3. “일반교통사고”로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 이륜자동차의 탑승자는 제외합니다)에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해 배상 보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우
- ② 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
  - 1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우.
  - 2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에

- 게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우.
- ③ 제1항 및 제2항의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 지급합니다.
  - 1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
  - 2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시 1천만원	70일~139일 진단시 2천만원	140일이상 진단시 3천만원
---------------------	----------------------	--------------------

- 3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원
- ④ 제1항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 「교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서」(【별표6】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.
- ⑤ 제1항에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.
- ⑥ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 금액을 한도로 보상합니다.
- ⑦ 제1항에서 “이륜자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 이륜자동차의 운전석(이륜차 측차의 좌석은 제외합니다)에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ⑧ 제1항에서 “이륜자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조 및 동 시행규칙 별표1에서 정한 이륜자동차 중 경형이륜자동차를 제외한 이륜자동차에 한하며, 배기량 및 최고정격출력에 관계없이 삼륜 또는 사륜자동차는 제외합니다.
- ⑨ 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 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
- ⑩ 제2항에 따라 보험회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
  - 1. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
  - 2. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
  - 3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
  - 4. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
  - 5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

<b>&lt;용어풀이&gt;</b>
「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

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

- ② 계약자의 고의
- ③ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ④ 피보험자가 이륜자동차를 경비용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑤ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주.무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑥ 이륜자동차에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 통한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다.)

**제3조(준용규정)**

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 교통사고처리지원금 특별약관(동승자 제외)을 따릅니다.

**자동차사고 부상치료비 특별약관(자가용운전자)**

**제1조(보험금의 지급사유)**

④ 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 아래에 정한 사고로 상해로 자동차손해 배상 보장법 시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(「자동차사고 부상등급표」(【별표35】참조))의 부상등급을 받은 경우에는 보험수익자에게 부상등급에 따라 아래와 같이 자동차사고 부상치료비를 지급합니다.

부상등급	지급금액
1급	
2급	
3급	
4급	
5급	
6급	
7급	
8급	
9급	
10급	
11급	
12급	
13급	
14급	

- 1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
- 2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
- 3. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차 사고
- ② 위 제1항에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 제1항 및 제2항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차,

화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항 1호 내지 3호
  - 2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 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
  - 5. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**자동차사고 부상치료비 특별약관(영업용운전자)**

**제1조(보험금의 지급사유)**

④ 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 아래에 정한 사고로 상해로 자동차손해 배상 보장법 시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(「자동차사고 부상등급표」(【별표35】참조))의 부상등급을 받은 경우에는 보험수익자에게 부상등급에 따라 아래와 같이 자동차사고 부상치료비를 지급합니다.

부상등급	지급금액
1급	
2급	
3급	
4급	
5급	
6급	
7급	
8급	
9급	
10급	
11급	
12급	



13급	
14급	

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
  2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
  3. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차 사고
- ② 위 제1항에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 제1항 및 제2항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9중 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항 1호 내지 3호
  2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
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

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**자동차사고 부상치료비 특별약관(비운전자)**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 아래에 정한 사고로 상해로 자동차손해 배상 보장법 시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(「자동차사고 부상등급표」(【별표35】참조))의 부상등급을 받은 경우에는 보험수익자에게 부상등급에 따라 아래와 같이 자동차사고 부상치료비를 지급합니다.

부상등급	지급금액
1급	
2급	

3급	
4급	
5급	
6급	
7급	
8급	
9급	
10급	
11급	
12급	
13급	
14급	

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
  2. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차 사고
- ② 위 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9중 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항 1호 내지 3호
  2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
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
  5. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 보험금 지급사유가 발생한 때

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**스쿨존 교통사고 부상치료비 특별약관**

### 제1조(보험금의 지급사유)

④ 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(만 12세 이하인 피보험자)가 보험기간 중에 「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조」에 의하여 특별시장·광역시·특별자치도지사 또는 시장·군수(광역시의 군은 제외한다. 이하 같다)가 어린이보호구역으로 지정한 지역내에서 아래에 정한 교통사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해 배상 보장법 시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(「자동차사고 부상등급표」(【별표35】참조))의 부상등급을 받은 경우에는 보험수익자에게 부상등급에 따라 아래와 같이 스쿨존 교통사고 부상치료비를 지급합니다.

부상등급	지급금액
1급	
2급	
3급	
4급	
5급	
6급	
7급	
8급	
9급	
10급	
11급	
12급	
13급	
14급	

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
  2. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항 1호 내지 3호
  2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
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

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 스쿨존 교통사고 중증부상치료비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

④ 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(만 12세 이하인 피보험자)가 보험기간 중에 「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조」에 의하여 특별시장·광역시·특별자치도지사 또는 시장·군수(광역시의 군은 제외한다. 이하 같다)가 어린이보호구역으로 지정한 지역내에서 아래에 정한 교통사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해 배상 보장법 시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(「자동차사고 부상등급표」(【별표35】참조))의 부상등급 중 ( )급 이상을 받은 경우에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된 보험가입금액을 스쿨존 교통사고 중증부상치료비로 지급합니다.

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
  2. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항 1호 내지 3호
  2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
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

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 스쿨존 교통사고 치아보철치료비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(만 12세 이하인 피보험자)가 보험기간 중에 「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조」에 의하여 특별시장·광역시·특별자치도지사 또는 시장·군수(광역시의 군은 제외한다. 이하 같다)가 어린이보호구역으로 지정한 지역내에서 아래에 정한 교통사고로 치아보철을 필요로 하는 상해를 입은 경우에는 보험수익자에게 치아 1개당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 스쿨존 교통사고 치아보철치료비로 지급합니다.

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

② 위 제1항에서 치아보철을 필요로 하는 상해라 함은 자동차사고 부상등급표(「자동차사고 부상등급표」(【별표35】참조) 중 5급32항, 6급31항, 7급26항, 8급25항, 9급19항, 10급9항, 11급5항, 12급7항, 13급4항, 14급4항에 해당하는 것을 말합니다.

③ 위 제1항에서 보철치료라 함은 치아의 일부분이 없어지거나 기능을 상실했을 때 치아를 대체하여 주는 치료방법으로 크라운, 브릿지, 완전의치 및 임플란트 등을 말합니다.

④ 위 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 제1항에서 정한 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의의 사유로 이 특별약관 만료 후 치료하는 경우, 보험기간 만료 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치아치료는 보상합니다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항 1호 내지 3호
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 스쿨존 성장판손상유발 교통사고 부상치료비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(만 12세 이하인 피보험자)가 보험기간 중에 「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조」에 의하여 특별시장·광역시·특별자치도지사 또는 시장·군수(광역시의 군은 제외한다. 이하 같다)가 어린이보호구역으로 지정한 지역내에서 아래에 정한 교통사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해 배상 보장법 시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(「자동차사고 부상등급표」(【별표35】참조) 중 성장판관련 특수골절에 해당하는 상해등급을 받은 경우에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된 보험가입금액을 스쿨존 성장판손상유발 교통사고 부상치료비로 지급합니다.

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

② 위 제1항에서 성장판관련 특수골절에 해당하는 상해라 함은 자동차사고 부상등급표(「자동차사고 부상등급표」(【별표35】참조) 중 6급1항, 6급2항, 6급3항, 6급16항, 7급1항, 7급2항, 7급3항, 8급1항, 8급6항, 8급7항, 9급2항에 해당되어 자동차보험에서 지급을 받은 경우에 한합니다.

③ 위 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항 1호 내지 3호
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 실버존 교통사고 부상치료비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(만 65세 이상인 피보험자)가 보험기간 중에 「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조」에 의하여 특별시장·광역시·특별자치도지사 또는 시장·군수(광역시의 군은 제외한다. 이하 같다)가 노인보호구역으로 지정한 지역내에서 아래에 정한 교통사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해 배상 보장법 시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(「자동차사고 부상등급표」(별표35)참조)의 부상등급을 받은 경우에는 보험수익자에게 부상등급에 따라 아래와 같이 실버존 교통사고 부상치료비를 지급합니다.

부상등급	지급금액
1급	
2급	
3급	
4급	
5급	
6급	
7급	
8급	
9급	
10급	
11급	
12급	
13급	
14급	

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
  2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
  3. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 제1항에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 제1항 및 제2항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9중 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

#### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항 1호 내지 3호
  2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
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

#### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 실버존 교통사고 중증부상치료비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(만 65세 이상인 피보험자)가 보험기간 중에 「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조」에 의하여 특별시장·광역시·특별자치도지사 또는 시장·군수(광역시의 군은 제외한다. 이하 같다)가 노인보호구역으로 지정한 지역내에서 아래에 정한 교통사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해 배상 보장법 시행령에서 정한 자동차사고 부상등급표(「자동차사고 부상등급표」(별표35)참조)의 부상등급 중 ( ) 급 이상을 받은 경우에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된 보험가입금액을 실버존 교통사고 중증부상치료비로 지급합니다.
1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
  2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
  3. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 제1항에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 위 제1항 및 제2항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9중 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

#### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항 1호 내지 3호

- 2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 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

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**실버존 교통사고 치아보철치료비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(만 65세 이상인 피보험자)가 보험기간 중에 「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조」에 의하여 특별시장·광역시장·특별자치도시사 또는 시장·군수(광역시의 군은 제외한다. 이하 같다)가 노인보호구역으로 지정한 지역내에서 아래에 정한 교통사고로 치아보철을 필요로 하는 상해를 입은 경우에는 보험수익자에게 치아 1개당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 실버존 교통사고 치아보철치료비로 지급합니다.
  - 1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고
  - 2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
  - 3. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때 발생한 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 위 제1항에서 치아보철을 필요로 하는 상해라 함은 자동차사고 부상등급표(「자동차사고 부상등급표」(【별표35】참조)) 중 5급32항, 6급31항, 7급26항, 8급25항, 9급19항, 10급9항, 11급5항, 12급7항, 13급4항, 14급4항에 해당하는 것을 말합니다.
- ③ 위 제1항에서 보철치료라 함은 치아의 일부분이 없어지거나 기능을 상실했을 때 치아를 대체하여 주는 치료방법으로 크라운, 브릿지, 완전의치 및 임플란트 등을 말합니다.
- ④ 위 제1항에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ⑤ 위 제1항 및 제4항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해 배상 보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자숙신 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 제1항에서 정한 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관 만료 후 치료하는 경우, 보험기간 만료 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치아치료는 보상합니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항 1호 내지 3호
  - 2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 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

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**자원봉사활동중 상해사망후유장해 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
  - 1. 보험기간 중에 「자원봉사 활동을 하는 동안에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로서 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 사망보험금으로 지급합니다.
  - 2. 보험기간 중 자원봉사 활동을 하는 동안에 발생한 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권에 기재된 보험가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.
- ② 제1항의 「자원봉사 활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
  - 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
  - 2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
  - 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**<용어풀이>**

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

- ㉠ 사회복지분야에 관한 봉사활동
- ㉡ 환경보호분야에 관한 봉사활동
- ㉢ 교육분야에 관한 봉사활동

- ㉔ 소비자 보호에 관한 봉사활동
- ㉕ 청소년 선도에 관한 봉사활동
- ㉖ 범죄 예방에 관한 봉사활동
- ㉗ 기초질서 계도에 관한 봉사활동
- ㉘ 재해 구조에 관한 봉사활동
- ㉙ 공직선거법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
- ㉚ 공직선거법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
- ㉛ 위 ㉗~㉚과 관련한 해외 봉사활동
- ㉜ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

**자원봉사활동중 상해입원일당 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「자원봉사활동을 하는 동안에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로서 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 자원봉사활동중 상해입원일당으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 제1항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
  1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
  2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
  3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행중
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해입원일당을 보상합니다.
- ④ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

- <용어풀이>**
- 자원봉사활동이란 공익,복지사업을 반대급부 없이 계획적,지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
    - ㉑ 사회복지분야에 관한 봉사활동
    - ㉒ 환경보호분야에 관한 봉사활동
    - ㉓ 교육분야에 관한 봉사활동
    - ㉔ 소비자 보호에 관한 봉사활동
    - ㉕ 청소년 선도에 관한 봉사활동
    - ㉖ 범죄 예방에 관한 봉사활동

- ① 기초질서 계도에 관한 봉사활동
- ② 재해 구조에 관한 봉사활동
- ③ 공직선거법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
- ④ 공직선거법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
- ⑤ 위 ㉗~㉚과 관련한 해외 봉사활동
- ⑥ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동
- 입원  
이 보험에서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 의사  
피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.
- 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

**자원봉사활동중 상해입원일당(4일이상) 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「자원봉사를 하는 동안 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로서 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 자원봉사활동중 상해입원일당으로 피보험자에게 지급합니다. 다만 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 제1항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
  1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
  2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
  3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행중
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해입원일당을 보상합니다.
- ④ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

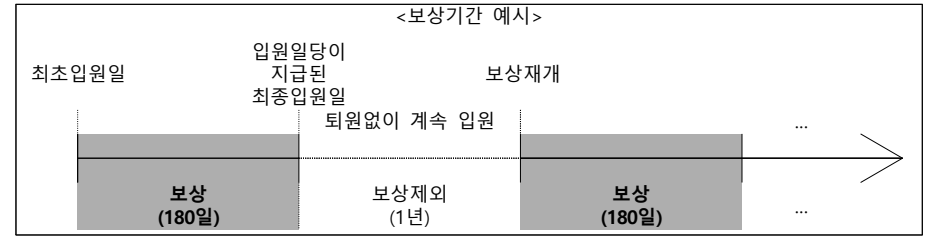
- <용어풀이>**
- 자원봉사활동이란 공익,복지사업을 반대급부 없이 계획적,지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
    - ㉑ 사회복지분야에 관한 봉사활동

- ㉠ 환경보호분야에 관한 봉사활동
- ㉡ 교육분야에 관한 봉사활동
- ㉢ 소비자 보호에 관한 봉사활동
- ㉣ 청소년 선도에 관한 봉사활동
- ㉤ 범죄 예방에 관한 봉사활동
- ㉥ 기초질서 계도에 관한 봉사활동
- ㉦ 재해 구조에 관한 봉사활동
- ㉧ 공직선거법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
- ㉨ 공직선거법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
- ㉩ 위 ㉠~㉣과 관련한 해외 봉사활동
- ㉪ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동
- **입원**  
이 보험에서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- **의사**  
피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.
- 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

**자원봉사활동중 질병입원일당 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 보험기간 중 피보험자가 자원봉사활동을 하는 동안에 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우 입원기간에 대해 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 자원봉사활동중 질병입원일당으로 지급합니다. 다만, 자원봉사활동을 하는 동안 발생한 질병을 직접원인으로 하여 보험기간 만료후 30일 이내에 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우에도 동일하게 보상합니다.
- ② 제1항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
  - 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
  - 2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
  - 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행중
- ③ 제1항의 입원일당의 지급일수는 하나의 질병에 대해 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ④ 피보험자가 동일한 원인 또는 관련된 원인에 의하여 여러 차례 입원한 경우에는 그 질병의 결과로 입원하고 있지 않은 기간이 1년을 지나지 않는 한 이를 하나의 질병에 의한 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 1년이 경과하도록 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 위 제1항, 제3항에도 불구하고 피보험자가 입원기간 동안에 다수의 질병을 동시에 치료하는 경우에도 입원 1일당 회사의 보상액은 보험증권에 기재된 일당액을 한도로 합니다.
- ⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3항의 규정에 따라 입원일당을 보상합니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

- 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 제1~3호, 제5호, 제2항 및 아래의 사유로 생긴 입원비는 보상하지 않습니다.
- 1. 피보험자의 선천성 뇌질환, 심신상실 및 정신적 기능장애
  - 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
  - 3. 성병
  - 4. 알콜중독, 습관성, 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

- <용어풀이>**
- 자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
- ㉠ 사회복지분야에 관한 봉사활동
  - ㉡ 환경보호분야에 관한 봉사활동
  - ㉢ 교육분야에 관한 봉사활동
  - ㉣ 소비자 보호에 관한 봉사활동
  - ㉤ 청소년 선도에 관한 봉사활동
  - ㉥ 범죄 예방에 관한 봉사활동
  - ㉦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동
  - ㉧ 재해 구조에 관한 봉사활동
  - ㉨ 공직선거법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
  - ㉩ 공직선거법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
  - ㉪ 위 ㉠~㉣과 관련한 해외 봉사활동
  - ㉫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

**<용어풀이>**

● 입원

이 보험에서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

● 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

● 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계 법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

**자원봉사활동중 상해통원일당 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「자원봉사 활동을 하는 동안 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로서 병원 또는 의원에서 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 통원일당으로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「자원봉사활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
  - 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
  - 2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료후에 활동장소에 있는 동안
  - 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행중

**제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 회사는 통원일수 ( )일을 초과하는 통원 1일당 통원일당을 지급합니다.
- ② 통원일당은 하나의 상해에 대하여 통산 통원일수 30일을 한도로 통원일당을 지급합니다. 동일한 급격, 우연, 외래의 사고로 다수의 신체부위에 상해를 입은 경우에는 하나의 상해로 봅니다.
- ③ 회사는 사고가 발생한 날로부터 사고일을 포함하여 180일이 경과한 후의 통원에 대하여는 통원일당을 지급하지 않습니다.
- ④ 회사는 하나의 상해로 같은 날 2회 이상 통원하여 치료받은 경우에도 1일 통원일당만 지급합니다.
- ⑤ 회사는 둘 이상의 상해로 같은 날 2회이상 통원하여 치료 받은 경우에도 1일 통원일당만 지급합니다. 이 경우, 둘 이상의 상해의 원인사고(급격, 우연, 외래사고)가 다른 경우에도 각 상해별의 통산 통원일수에는 각각 통원일로 계산됩니다.
- ⑥ 회사는 피보험자가 보장개시일 이후 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 계속하여 통원 치료를 받은 경우에는 사고일로부터 180일까지 통산 통원일수 30일을 한도로 통원일당을 지급합니다.

**제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

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

- 1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에 정한 사항
- 2. 피보험자의 질병

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

- 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 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(단란, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**<용어풀이>**

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

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

● 통원

이 특약에 있어서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

● 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

● 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계 법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

**자원봉사활동중 상해통원일당(한방·치과 병·의원 제외, 치아파절 제외) 특별약관**



### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「자원봉사 활동을 하는 동안 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 병원 또는 의원(치과병원, 치과의원 또는 한방병원, 한의원은 제외합니다)에서 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 통원일당으로 피보험자에게 지급합니다.

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

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

### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 통원일수 ( )일을 초과하는 통원 1일당 통원일당을 지급합니다.
- ② 통원일당은 하나의 상해에 대하여 통산 통원일수 30일을 한도로 통원일당을 지급합니다. 동일한 급격, 우연, 외래의 사고로 다수의 신체부위에 상해를 입은 경우에는 하나의 상해로 봅니다.
- ③ 회사는 사고가 발생한 날로부터 사고일을 포함하여 180일이 경과한 후의 통원에 대하여는 통원일당을 지급하지 않습니다.
- ④ 회사는 하나의 상해로 같은 날 2회 이상 통원하여 치료받은 경우에도 1일 통원일당만 지급합니다.
- ⑤ 회사는 둘 이상의 상해로 같은 날 2회이상 통원하여 치료 받은 경우에도 1일 통원일당만 지급합니다. 이 경우, 둘 이상의 상해의 원인사고(급격, 우연, 외래사고)가 다른 경우에도 각 상해별의 통산 통원일수에는 각각 통원일로 계산됩니다.
- ⑥ 회사는 피보험자가 보장개시일 이후 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 계속하여 통원 치료를 받은 경우에는 사고일로부터 180일까지 통산 통원일수 30일을 한도로 통원일당을 지급합니다.

### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에 정한 사항
2. 피보험자의 질병
3. 피보험자의 치아의 파절 및 파절치(한국표준질병사인분류 중 분류코드 S02.5)

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

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

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

#### <용어풀이>

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

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

● 통원

이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사(치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자를 제외하며, 이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(치과병원, 치과의원 또는 한방병원, 한의원은 제외합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

● 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

● 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계 법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

### 자원봉사활동중 배상책임 특별약관

**제1조(목적)** 이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

**제2조(용어의 정의)** 이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특별약관 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 피보험자: 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

## 2. 보상 관련 용어

가. 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생한 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.

나. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 제8조(보험금 등의 지급한도)에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.

다. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.

라. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.

마. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

## 3. 이자율 관련 용어

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

나. 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율: 보험개발원이 정기적으로 산출하여 공시하는 이율로서 회사가 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에 적용합니다.

## 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.

## 제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 자원봉사활동을 하는 동안 생긴 우연한 사고로 인하여 타인의 신체의 장애 또는 재물의 없어짐, 훼손 혹은 망가짐에 따라 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

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

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

③ 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

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

가. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

나. 피보험자가 제11조(손해방지의무)제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

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

라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

## 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 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 따라 가중된 배상책임
6. 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 위 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 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(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

## 제5조(손해의 통지 및 조사)

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

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제3조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

## 제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류

4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

**제7조(보험금의 지급절차)**

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지체된 날부터 지급일까지 「보험금을 지급할 때의 적립이율」(【별표42】참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그 해당 기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

**제8조(보험금 등의 지급한도)**

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제3조(보상하는 손해) 제3항 제1호의 손해배상금 : 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제3조(보험금의 지급사유) 제3항 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제3조(보험금의 지급사유) 제3항 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액내에서 보상합니다.

**제9조(의무보험과의 관계)**

- ①회사는 이 약관에 의하여 보상해야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제10조(보험금의 분담)를 따릅니다.
- ②제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.
- ③피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다면 의무보험에서 보상하는 금액을 제1항의 "의무보험에서 보상하는 금액"으로 봅니다.

**제10조(보험금의 분담)**

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$
--

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

**제11조(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 긴급 조치를 포함합니다)
  2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
  3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일
- ②계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제3조(보험금의 지급사유)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
  1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
  2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
  3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정)에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

**제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)**

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로서 피해자에게 대항할 수 있습니다.
- ② 회사가 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며 회사의 요구가 있으며, 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 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

**제13조(합의.절충.중재.소송의 협조.대행 등)**

- ①회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의.절충.중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
- ②회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

<b>【보상책임을 지는 한도】</b> 동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.
---

③회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때

2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

⑤회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

**제14조(대위권)**

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

- 1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
- 2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

**제15조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<b>&lt;용어풀이&gt;</b>
<p>자원봉사활동이란 공익,복지사업을 반대급부 없이 계획적,지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>㉠ 사회복지분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉡ 환경보호분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉢ 교육분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉣ 소비자 보호에 관한 봉사활동</li> <li>㉤ 청소년 선도에 관한 봉사활동</li> <li>㉥ 범죄 예방에 관한 봉사활동</li> <li>㉦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동</li> <li>㉧ 재해 구조에 관한 봉사활동</li> <li>㉨ 공직선거법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동</li> <li>㉩ 공직선거법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동</li> <li>㉪ 위 ㉠~㉧과 관련한 해외 봉사활동</li> <li>㉫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동</li> </ul>

**자원봉사활동중 골절진단비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「자원봉사 활동을 하는 동안 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)를 입고 그 직접결과로서 「골절 분류표」(【별표15】참조)에 정한 골절로 진단확정되었을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 지급합니다.

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

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

③ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식을 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

④ 동일한 상해를 직접적인 원인으로 하여 복합골절이 발생한 경우에는 골절진단비를 1회에 한하여 지급합니다.

⑤ 제1항에서 골절의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<b>&lt;용어풀이&gt;</b>
<p>자원봉사활동이란 공익,복지사업을 반대급부 없이 계획적,지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>㉠ 사회복지분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉡ 환경보호분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉢ 교육분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉣ 소비자 보호에 관한 봉사활동</li> <li>㉤ 청소년 선도에 관한 봉사활동</li> <li>㉥ 범죄 예방에 관한 봉사활동</li> <li>㉦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동</li> <li>㉧ 재해 구조에 관한 봉사활동</li> <li>㉨ 공직선거법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동</li> <li>㉩ 공직선거법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동</li> <li>㉪ 위 ㉠~㉧과 관련한 해외 봉사활동</li> <li>㉫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동</li> </ul>

**자원봉사활동중 골절진단비(치아파절제외) 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「자원봉사 활동을 하는 동안 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)를 입고 그 직접결과로서 아래의 「골절(치아파절제외)분류표」(【별표38】참조)에 정한 골절로 진단 확정된 경우 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비(치아파절제외)로 지급합니다.
- ② 제1항의 「자원봉사 활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
  - 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
  - 2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
  - 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중
- ③ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식을 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.
- ④ 동일한 상해를 직접적인 원인으로 하여 복합골절이 발생한 경우에는 골절진단비를 1회에 한하여 지급합니다.
- ⑤ 제1항에서 골절의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<b>&lt;용어풀이&gt;</b>
자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
<ul style="list-style-type: none"> <li>㉠ 사회복지분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉡ 환경보호분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉢ 교육분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉣ 소비자 보호에 관한 봉사활동</li> <li>㉤ 청소년 선도에 관한 봉사활동</li> <li>㉥ 범죄 예방에 관한 봉사활동</li> <li>㉦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동</li> <li>㉧ 재해 구조에 관한 봉사활동</li> <li>㉨ 공직선거법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동</li> <li>㉩ 공직선거법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동</li> <li>㉪ 위 ㉠~㉨과 관련한 해외 봉사활동</li> <li>㉫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동</li> </ul>

**자원봉사활동중 골절수술비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「자원봉사 활동을 하는 동안 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)로 아래의 「골절 분류표」(【별표15】참조)에 정한 골절을 입고 치료를 직접적인 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병·의원(한방병원, 한의원을 포함합니다)에서 수술을 받는 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 지급합니다.

- ② 제1항의 「자원봉사 활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
  - 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
  - 2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
  - 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중
- ③ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식을 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.
- ④ 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술비만 지급합니다.
- ⑤ 제1항에서 골절의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

**제2조(수술의 정의와 장소)**

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

<b>&lt;신의료기술평가위원회&gt;</b>
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

**제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

- 회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항 및 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.)
  - 2. 선천성 기형 및 이에 연유한 병상

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

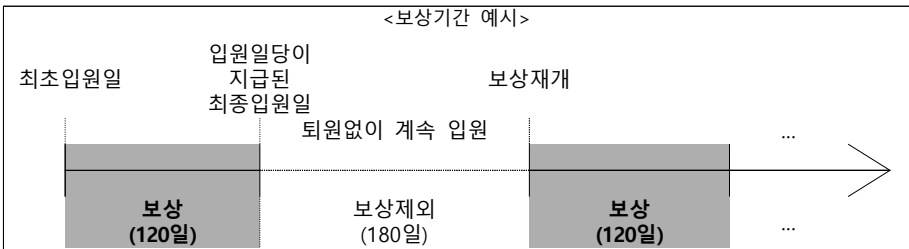
<b>&lt;용어풀이&gt;</b>
자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
<ul style="list-style-type: none"> <li>㉠ 사회복지분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉡ 환경보호분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉢ 교육분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉣ 소비자 보호에 관한 봉사활동</li> </ul>

- ㉔ 청소년 선도에 관한 봉사활동
- ㉕ 범죄 예방에 관한 봉사활동
- ㉖ 기초질서 계도에 관한 봉사활동
- ㉗ 재해 구조에 관한 봉사활동
- ㉘ 공직선거법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
- ㉙ 공직선거법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
- ㉚ 위 ㉑~㉘과 관련한 해외 봉사활동
- ㉛ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

**자원봉사활동중 식중독입원일당 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사 활동을 하는 동안 음식물의 섭취로 인해 중독(이하 「식중독」이라 합니다)이 발생하고, 그 식중독의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일로부터 입원 1일당이 특별약관의 보험가입금액을 식중독입원일당으로 지급합니다.
- ② 제1항의 「자원봉사 활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
  1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
  2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
  3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중
- ③ 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ④ 피보험자가 동일한 식중독의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 식중독의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 식중독에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3항의 규정에 따라 입원일당을 보상합니다. 그러나 이 경우 제4항, 제5항은 적용되지 않습니다.

- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 제1항의 식중독이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써 「식중독 분류표」(【별표7】참조에 해당하는 질병을 말합니다.

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**<용어풀이>**

자원봉사활동이란 공익,복지사업을 반대급부 없이 계획적,지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ㉑ 사회복지분야에 관한 봉사활동
- ㉒ 환경보호분야에 관한 봉사활동
- ㉓ 교육분야에 관한 봉사활동
- ㉔ 소비자 보호에 관한 봉사활동
- ㉕ 청소년 선도에 관한 봉사활동
- ㉖ 범죄 예방에 관한 봉사활동
- ㉗ 기초질서 계도에 관한 봉사활동
- ㉘ 재해 구조에 관한 봉사활동
- ㉙ 공직선거법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
- ㉚ 공직선거법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
- ㉛ 위 ㉑~㉘과 관련한 해외 봉사활동
- ㉜ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

● 입원  
이 보험에서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

● 의사  
피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

● 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

**자원봉사활동중 익사사고 사망 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사 활동을 하는 동안 발생한 급격하고도 우연한 익사사고로 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.
- ② 제1항의 「자원봉사 활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
  1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
  2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안

3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**<용어풀이>**

자원봉사활동이란 공익.복지사업을 반대급부 없이 계획적.지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

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

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

**자원봉사활동중 특정전염병 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사 활동을 하는 동안 「특정전염병 분류표」(【별표17】참조)에서 정한 특정전염병에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 특정전염병보험금으로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「자원봉사 활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
  - 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
  - 2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
  - 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중
- ③ 제1항의 진단이라 함은 전염병의 병원체가 인체 내에 침입하여 증상을 나타내는 자가, 「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」 제11조 제6항의 진단기준에 의한 의사의 진단 또는 보건복지부령으로 정하는 기관의 실험실 검사를 통하여 확인이 되고, 「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」 제11조에 의하여 해당 보건소장에게 전염병환자로 신고되는 것을 말합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(사망도 포함합니다)에는 피보험자가 특정전염병으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**<용어풀이>**

자원봉사활동이란 공익.복지사업을 반대급부 없이 계획적.지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

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

**자원봉사활동중 중대한 특정상해 수술비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「자원봉사 활동을 하는 동안 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 상해발생일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 “개두수술”, “개흉수술” 또는 “개복수술”을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한 특정상해 수술급여금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가 동일한 사고로 인하여 중대한 특정상해 수술급여금 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 중대한 특정상해 수술급여금만을 지급합니다.
- ② 제1항의 「자원봉사 활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
  - 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
  - 2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
  - 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중
- ③ 제1항에서 “뇌손상”이라 함은 두부에 가해진 충격에 의해 뇌에 기질적 손상(「중대한 특정상해 분류표」(【별표34】참조))을 입은 경우를 말합니다.
- ④ 제1항에서 “내장손상”이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(「중대한 특정상해 분류표」(【별표34】참조))을 입은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제1항에서 “개두수술”, “개흉수술”, “개복수술” 이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의뢰기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 “개두수술”, “개흉수술”, “개복수술”로 보지 않습니다.
  - 1. “개두수술” 이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
  - 2. “개흉수술” 이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술

등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말함. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골, 흉골의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.

3. “개복수술” 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 말함. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경요도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

**제2조(수술의 정의와 장소)**

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

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

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**<용어풀이>**  
자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

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

**자원봉사활동중 탈구,신경손상,압착손상진단비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「자원봉사 활동을 하는 동안 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 「탈구,신경손상,압착손상 분류표」(【별표39】참조)에 정한 탈구, 신경손상, 압착손상으로 진단확정되었을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 탈구,신경손상,압착손상진단비로 지급합니다.
- ⑤ 제1항의 「자원봉사 활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
  2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
  3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중
- ⑥ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식을 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.
- ⑦ 동일한 사고를 직접적인 원인으로 하여 복합적인 탈구,신경손상,압착손상 진단시에는 탈구,신경손상,압착손상진단비를 1회에 한하여 지급합니다.
- ⑧ 제1항에서 탈구, 신경손상, 압착손상의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과외사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**<용어풀이>**  
자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

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

**자원봉사활동중 외상성절단진단비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「자원봉사 활동을 하는 동안 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)



를 입고 그 직접결과로서 「외상성절단 분류표」(【별표40】참조)에 정한 외상성절단으로 진단확정되었을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 외상성절단진단비로 지급합니다.

- ② 제1항의 「자원봉사 활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
  - 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
  - 2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
  - 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중
- ③ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.
- ④ 동일한 사고를 직접적인 원인으로 하여 복합적인 외상성절단 진단시에는 외상성절단진단비를 1회에 한하여 지급합니다.
- ⑤ 제1항에서 외상성절단의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.
- ⑥ 피보험자가 치아파절 및 치아발치 등의 치아손상을 입은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<p><b>&lt;용어풀이&gt;</b></p> <p>자원봉사활동이란 공익,복지사업을 반대급부 없이 계획적,지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>㉠ 사회복지분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉡ 환경보호분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉢ 교육분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉣ 소비자 보호에 관한 봉사활동</li> <li>㉤ 청소년 선도에 관한 봉사활동</li> <li>㉥ 범죄 예방에 관한 봉사활동</li> <li>㉦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동</li> <li>㉧ 재해 구조에 관한 봉사활동</li> <li>㉨ 공직선거법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동</li> <li>㉩ 공직선거법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동</li> <li>㉪ 위 ㉠~㉨과 관련한 해외 봉사활동</li> <li>㉫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동</li> </ul>
--

**자원봉사활동중 뇌·내장수술비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「자원봉사 활동을 하는 동안 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로서 뇌손상 또는 내장손상을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 『개두(開頭)수술』, 『개흉(開胸)수술』 또는 『개복(開腹)수술』을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 다만, 피보험자가 동일한 사고로 인하여 뇌·내장

수술비 지급사유가 두 종류 이상 발생한 경우에도 하나의 사유에 의한 뇌·내장수술비만을 지급합니다.

- ② 제1항의 「자원봉사 활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
  - 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
  - 2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
  - 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중
- ③ 제1항에서 『뇌손상』이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌 손상(「뇌·내장손상 분류표」(【별표41】참조))을 입은 경우를 말합니다.
- ④ 제1항에서 『내장손상』이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(「뇌·내장손상 분류표」(【별표41】참조))을 입은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제1항에서 『개두(開頭)수술』, 『개흉(開胸)수술』, 『개복(開腹)수술』이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의뢰기구를 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, 횡격막, 종격동, 식도 수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골, 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
  - 3. 『개복(開腹)수술』이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 요관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경요도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.
- ⑥ 제1항 및 제5항에서 『수술』이라 함은 의사에 의하여 뇌손상 또는 내장손상으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 뇌손상 또는 내장손상의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것)등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【항후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다.

<p><b>&lt;신의료기술평가위원회&gt;</b></p> <p>의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고 의 심의기구를 말합니다.</p>
---

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<p><b>&lt;용어풀이&gt;</b></p> <p>자원봉사활동이란 공익,복지사업을 반대급부 없이 계획적,지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>㉠ 사회복지분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉡ 환경보호분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉢ 교육분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉣ 소비자 보호에 관한 봉사활동</li> </ul>
--

- ㉞ 청소년 선도에 관한 봉사활동
- ㉟ 범죄 예방에 관한 봉사활동
- ㊱ 기초질서 계도에 관한 봉사활동
- ㊲ 재해 구조에 관한 봉사활동
- ㊳ 공직선거법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
- ㊴ 공직선거법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
- ㊵ 위 ㉿~㊲과 관련한 해외 봉사활동
- ㊶ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

**자원봉사활동중 화상수술비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「자원봉사 활동을 하는 동안 발생한 상해」(이하 “상해”라 함)로 아래의「화상 분류표」(【별표18】참조)에 정한 화상을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 수술을 받는 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 지급합니다.
- ② 제1항의 「자원봉사 활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
  1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
  2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
  3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중
- ③ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.
- ④ 제1항의 화상이라 함은 「화상 분류표」(【별표18】참조)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당하고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
- ⑤ 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 수술을 동시에 받은 경우에는 하나의 화상수술비만 지급합니다.

**제2조(수술의 정의와 장소)**

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항 및 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.)
2. 선천성 기형 및 이에 연유한 병상

**제4조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**<용어풀이>**

자원봉사활동이란 공익, 복지사업을 반대급부 없이 계획적, 지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ㉿ 사회복지분야에 관한 봉사활동
- ㊰ 환경보호분야에 관한 봉사활동
- ㊱ 교육분야에 관한 봉사활동
- ㊲ 소비자 보호에 관한 봉사활동
- ㊳ 청소년 선도에 관한 봉사활동
- ㊴ 범죄 예방에 관한 봉사활동
- ㊵ 기초질서 계도에 관한 봉사활동
- ㊶ 재해 구조에 관한 봉사활동
- ㊷ 공직선거법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
- ㊸ 공직선거법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
- ㊹ 위 ㉿~㊲과 관련한 해외 봉사활동
- ㊺ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동

**자원봉사활동중 화상진단비 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「자원봉사 활동을 하는 동안 발생한 상해」(이하 “상해”라 함)를 입고 그 직접결과로서 아래의「화상 분류표」(【별표18】참조)에 정한 화상으로 진단이 확정되었을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 지급합니다.
- ② 제1항의 「자원봉사 활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
  1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
  2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
  3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중
- ③ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생

긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

- ④ 제1항의 화상이라 함은 아래의「화상 분류표」(【별표18】참조)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당하고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
- ⑤ 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 진단을 동시에 받은 경우에는 하나의 화상진단비만 지급합니다.

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<p><b>&lt;용어풀이&gt;</b></p> <p>자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>㉠ 사회복지분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉡ 환경보호분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉢ 교육분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉣ 소비자 보호에 관한 봉사활동</li> <li>㉤ 청소년 선도에 관한 봉사활동</li> <li>㉥ 범죄 예방에 관한 봉사활동</li> <li>㉦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동</li> <li>㉧ 재해 구조에 관한 봉사활동</li> <li>㉨ 공직선거법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동</li> <li>㉩ 공직선거법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동</li> <li>㉪ 위 ㉠~㉥과 관련한 해외 봉사활동</li> <li>㉫ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동</li> </ul>
--

**자원봉사활동중 폭력피해 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 대한민국내에서 보험기간 중에 자원봉사 활동을 하는 동안 다음 각 호에서 정하는 범죄에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.
  - 1. 형법 제25장에서 정한 상해와 폭행의 죄
  - 2. 형법 제38장에서 정한 절도와 강도의 죄 중 강도죄
  - 3. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 「폭처법」이라 합니다)에 정한 폭력의 죄
- ② 제1호의 상해와 폭행 및 제3호의 폭력 등으로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에는 사망하거나 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상합니다.
- ③ 제1항의 「자원봉사 활동을 하는 동안」이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
  - 1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
  - 2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
  - 3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자(보험대상자)의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

아래의 사유로 생긴 손해에 대하여는 보상하지 않습니다.

- 1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 「폭처법」 제4조의 범죄단체를 구성 또는 가담함으로써 발생한 손해
- 2. 피보험자 및 수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
- 3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
- 4. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해
- 5. 지진, 분화, 해일, 풍수해 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 손해

**제3조(보험금의 청구)**

- ① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(보험금의 청구)의 구비서류 및 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
  - 1. 사건신고확인원(관할 경찰서장 발행)
  - 2. 의사진단서
- ② 회사는 필요한 경우에는 피보험자 또는 그와 세대를 같이하는 친족 등을 대상으로 사고 상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<p><b>&lt;용어풀이&gt;</b></p> <p>자원봉사활동이란 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>㉠ 사회복지분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉡ 환경보호분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉢ 교육분야에 관한 봉사활동</li> <li>㉣ 소비자 보호에 관한 봉사활동</li> <li>㉤ 청소년 선도에 관한 봉사활동</li> <li>㉥ 범죄 예방에 관한 봉사활동</li> <li>㉦ 기초질서 계도에 관한 봉사활동</li> <li>㉧ 재해 구조에 관한 봉사활동</li> <li>㉨ 공직선거법이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동</li> <li>㉩ 공직선거법이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동</li> <li>㉪ 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동</li> </ul>
--

**학교생활중 상해사망후유장해 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
  - 1. 보험기간 중에 「보험증권에 기재된 학교생활 중에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과

로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

② 제1항의 학교생활중이란 다음을 말합니다.

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

### 제2조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관의 피보험자는 유아교육법, 초·중등교육법, 고등교육법 등 교육 관계법과 영유아보육법, 학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률 등에 의한 교육기관과 유사 교육 관계법령에 의해 인허가를 득하거나 등록 또는 신고필한 교육기관에 재학하는 보험증권에 기재된 학생(원생)(이하 "학생"이라 합니다)으로 합니다.

② 이 계약이 성립된 후 학교의 학생으로서 자격을 상실한 때부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제3조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 학교생활중 상해사망후유장해 특별약관II

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「보험증권에 기재된 학교생활 중에 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

② 제1항의 학교생활중이란 다음을 말합니다.

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

③ 제1항의 상해는 피보험자가 「대학, 연구기관 등」에서 「연구주체의 장」의 관리.통제하에 있는 연구활동중에 발생한 상해를 포함합니다. 다만, 학교생활중이 아닌 경우에는 보상하지 않습니다.

④ 제3항의 「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

#### 제2조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관의 피보험자는 고등교육법에 의한 교육기관에 재학하는 보험증권에 기재된 학생(이하 "학

생"이라 합니다)으로 합니다.

② 이 계약이 성립된 후 학교의 학생으로서 자격을 상실한 때부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제3조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 학교생활중(등학교 제외) 상해사망후유장해 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「보험증권에 기재된 학교생활 중에 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

② 제1항의 학교생활중이란 아래의 경우(등학교중은 제외합니다)를 말합니다.

1. 학교수업중(정규의 교육활동 외에 기타 학교가 행하는 모든 활동을 포함합니다)
2. 학교수업외, 기타 통상적인 학교활동을 위해 학교에 있는 동안
3. 특별교육행사 참가중(반드시 학교 교직원의 인솔이 있어야 합니다)

#### 제2조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관의 피보험자는 유아교육법, 초·중등교육법, 고등교육법 등 교육 관계법과 영유아보육법, 학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률 등에 의한 교육기관과 유사 교육 관계법령에 의해 인허가를 득하거나 등록 또는 신고필한 교육기관에 재학하는 보험증권에 기재된 학생(원생)(이하 "학생"이라 합니다)으로 합니다.

② 이 계약이 성립된 후 학교의 학생으로서 자격을 상실한 때부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제3조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 학교생활중(등학교 제외) 상해사망후유장해 특별약관II

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「보험증권에 기재된 학교생활 중에 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

② 제1항의 학교생활중이란 다음을 말합니다.

1. 학교수업중(정규의 교육활동 외에 기타 학교가 행하는 모든 활동을 포함합니다)

- 2. 학교수업외, 기타 통상적인 학교활동을 위해 학교에 있는 동안
- 3. 특별교육행사 참가중(반드시 학교 교직원의 인솔이 있어야 합니다)
- ③ 제1항의 상해는 피보험자가 「대학, 연구기관 등」에서 「연구주체의 장」의 관리·통제하에 있는 연구활동중에 발생한 상해를 포함합니다. 다만, 학교생활중이 아닌 경우에는 보상하지 않습니다.
- ④ 제3항의 「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

**제2조(피보험자의 범위)**

- ① 이 특별약관의 피보험자는 고등교육법에 의한 교육기관에 재학하는 보험증권에 기재된 학생(이하 "학생"이라 합니다)으로 합니다.
- ② 이 계약이 성립된 후 학교의 학생으로서 자격을 상실한 때부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

**제3조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**학교생활외 상해사망후유장해 특별약관(Ⅰ)**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
  - 1. 보험기간 중에 「학교생활외에 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
  - 2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 "학교생활외"이란 아래의 경우를 제외한 모든 생활을 말합니다.
  - 1. 피보험자가 재학중인 학교수업중(정규의 교육활동외에 기타 학교가 행하는 모든 특별활동을 포함합니다)
  - 2. 피보험자가 재학중인 학교수업외 기타 통상적인 학교활동을 위해 학교에 있는 동안
  - 3. 피보험자가 재학중인 학교의 특별교육행사 참가중( 반드시 학교 교직원의 인솔이 있어야 합니다)
  - 4. 피보험자가 재학중인 학교에 통상적인 경로를 통하여 하는 등학교중

**제2조(피보험자의 범위)**

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

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**학교생활외 상해사망후유장해 특별약관(Ⅱ)**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
  - 1. 보험기간 중에 「평일중 학교생활외에 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
  - 2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 "학교생활외"이란 아래의 경우를 제외한 모든 생활을 말합니다.
  - 1. 피보험자가 재학중인 학교수업중(정규의 교육활동외에 기타 학교가 행하는 모든 특별활동을 포함합니다)
  - 2. 피보험자가 재학중인 학교수업외 기타 통상적인 학교활동을 위해 학교에 있는 동안
  - 3. 피보험자가 재학중인 학교의 특별교육행사 참가중(반드시 학교 교직원의 인솔이 있어야 합니다)
  - 4. 피보험자가 재학중인 학교에 통상적인 경로를 통하여 하는 등학교중
- ③ 제1항에서 "평일"이란 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 토요일, 일요일 및 공휴일(관공서의 공휴일에 관한 규정에서 정한 공휴일)을 제외한 날을 말합니다.

**제2조(피보험자의 범위)**

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

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**학생 폭력상해입원일당 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 타인의 물리적 강제력에 의해 신체에 상해(이하 "폭력상해"라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 위 ①의 상해에는 타인의 물리적 강제력에 의해 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 증독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물중독과 상습적으로 흡입, 흡수, 또는 섭취한 결과로 생긴 증독증상은 이에 포함되지 않습니다.
- ③ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 입원일당을 보상합니다.

## 제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 초·중등교육법이 정하는 각 급 학교와 유아교육법, 영유아보육법에 의해 설립된 유치원, 유아원에 재학하는 증권에 기재된 학생(원생)으로 합니다.

## 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 학생 개인배상책임 특별약관

**제1조(목적)** 이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

**제2조(용어의 정의)** 이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특별약관 관련 용어
  - 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
  - 나. 피보험자: 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
  - 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
2. 보상 관련 용어
  - 가. 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생한 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
  - 나. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 제8조(보험금 등의 지급한도)에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
  - 다. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
  - 라. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
  - 마. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.
3. 이자율 관련 용어
  - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
  - 나. 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율: 보험개발원이 정기적으로 산출하여 공시하는 이율로서 회사가 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에 적용합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
  - 가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
  - 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '공공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

## 제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 국내에서 다음에 열거하는 우연한 사고(이하 "사고"라 합니다)로 타인의 신체의 장해(장해로 인한 사망을 포함합니다. 이하 "신체의 장해"라 합니다) 또는 재물의 없어짐, 훼손 혹은 망가짐(이하 "망그러드림"이라 합니다)으로 인하여 피보험자 또는 민법 제755조에서 규정하는 피보험자의 법정감독의무자가 법률상의 손해배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 살고 있는 보험증권에 기재된 주택(동일구내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다) 또는 주택의 소유자인 피보험자가 주거를 허락한 자가 살고있는 보험증권에 기재된 주택의 소유, 사용, 관리로 인한 우연한 사고
  2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 또는 관리를 제외합니다)에 따른 우연한 사고
- ② 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.
- ③ 제2조 1항에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.
- ④ 제1항의 피보험자는 교육법이 정하는 각 급 학교에 재학하는 학생으로 합니다.
- ⑤ 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
  - 가. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
  - 나. 피보험자가 제11조(손해방지의무)제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
  - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
  - 라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
  - 마. 피보험자가 제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

## 제4조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

7. 위 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 손해배상책임
9. 피보험자와 생계를 같이하는 별거의 친족에 대한 손해배상책임
10. 피보험자의 심신상실로 인한 손해배상책임
11. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 손해배상책임
12. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기의 소유, 사용 또는 관리로 인한 손해배상책임

**【핵연료물질】** 사용된 연료를 포함합니다.

**【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】** 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

### 제5조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
  1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
  2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
  3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제3조(보험금의 지급사유) 제3항 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

### 제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

### 제7조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가급보험금으로 지급합니다.
- ② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지체된 날부터 지급일까지 「보험금을 지급할 때의 적립이율」(【별표42】참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그 해당 기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

### 제8조(보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제3조(보험금의 지급사유) 제3항 제1호의 손해배상금 : 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제3조(보험금의 지급사유) 제3항 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제3조(보험금의 지급사유) 제3항 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액내에서 보상합니다.

### 제9조(의무보험과의 관계)

- ①회사는 이 약관에 의하여 보상해야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제10조(보험금의 분담)를 따릅니다.
- ②제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.
- ③피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다면 의무보험에서 보상하는 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

### 제10조(보험금의 분담)

- ① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

### 제11조(손해방지의무)

- ① 보험사고가 생길 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
  1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
  2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
  3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

②계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제3조(보험금의 지급사유)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

#### 제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.
- ② 회사가 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 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 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

#### 제13조(합의.절충.중재.소송의 협조.대행 등)

- ①회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의.절충.중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
- ②회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

**【보상책임을 지는 한도】** 동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

- ③회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
- ④회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.
  1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
  2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때
- ⑤회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

#### 제14조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다.)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서

아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

#### 제15조(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 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

#### 제16조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 사립학교교직원 질병사망 및 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

#### 제1조(피보험자의 범위)

회사는 보험증권에 기재된 사립학교의 교직원을 피보험자로 합니다. 단, 국공립학교의 교직원 중 사립학교법의 적용을 받는 교직원을 포함합니다.

#### 제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된 보험가입금액을 약정한 보험금으로 지급합니다.

1. 보험기간 중에 질병으로 사망한 경우 : 사망보험금
2. 보험기간 중 진단확정된 질병으로 「장애분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금

#### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.



② 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

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

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

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

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 사립학교교직원 질병사망 특별약관

#### 제1조(피보험자의 범위)

회사는 보험증권에 기재된 사립학교의 교직원을 피보험자로 합니다. 단, 국립립학교의 교직원 중 사립학교법의 적용을 받는 교직원을 포함합니다.

#### 제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병으로 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된 보험가입금액을 사망보험금으로 지급합니다.

#### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 사립학교교직원 질병80%이상 고도후유장해 특별약관

#### 제1조(피보험자의 범위)

회사는 보험증권에 기재된 사립학교의 교직원을 피보험자로 합니다. 단, 국립립학교의 교직원 중 사립학교법의 적용을 받는 교직원을 포함합니다.

#### 제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

#### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 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.

④ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 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 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나

또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 사립학교교직원 상해사망후유장해 특별약관

#### 제1조(피보험자의 범위)

회사는 보험증권에 기재된 사립학교의 교직원을 피보험자로 합니다. 단, 국립학교의 교직원 중 사립학교법의 적용을 받는 교직원을 포함합니다.

#### 제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

#### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항 1호 내지 3호

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 사립학교교직원 일부상해위험 부보장 추가특별약관

#### 제1조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 사립학교교직원 상해사망후유장해 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다) 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) 이외에 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하

지 않습니다.

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

#### 제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

### 신용카드회원 보험계약 특별약관

#### 제1조(적용범위)

이 특별약관은 신용카드회사를 보험계약자라고 신용카드회원을 피보험자로 하는 보험계약에 대하여 적용합니다.

#### 제2조(계약자)

이 특별약관에서의 계약자는 제1조(적용범위)의 신용카드회원을 대표하여 보험계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

#### 제3조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 보험계약자가 인정한 신용카드회원으로 자격기간중에있는 사람을 피보험자로 합니다. 단, 가족회원은 제외합니다.

#### 제4조(보험기간)

이 특별약관에서 보험기간은 계약자가 요청하는 기간으로 하며, 이에 따른 적용보험료는 일단위로 계산합니다.

#### 제5조(보험가입금액)

피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다. 보험계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

#### 제6조(보험료의 정산)

- ① 보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.  
계약자는 계약체결과 동시에 계약일 현재의 신용카드회원수(개인회원과 법인회원을 말하며, 가족회원은 제외합니다. 이하 같습니다)에 해당하는 보험료를 예치보험료로 납입하여야 합니다.
- ② 계약자는 매월 10일까지 전월말 현재 유효한 신용카드회원수에 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 보험기간만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.

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

#### 제7조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

#### 제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

#### <용어풀이>

- 신용카드  
가맹점에 대하여 통용(결제)될 수 있는 카드를 발급하는 회사(이하「신용카드발행회사」라 합니다)가 정해진 수속을 거쳐 발행, 대여하는 신용카드를 말합니다.
- 신용카드 회원  
신용카드발행회사가 회원자격을 수여하고 신용카드를 대여한 자로, 공여되는 형태에 따라 개인회원, 가족회원 및 법인회원으로 구분되는 자를 말합니다.
- 피보험자  
신용카드발행회사의 회원으로 합니다. 단, 가족회원은 제외하며, 법인 회원인 경우는 당해 카드의 사용자로서 명의가 등록된 자로 합니다.
- 회원의 자격기간  
회원의 자격기간은 신용카드회사가 신용카드 회원으로서 입회를 승인한 날의 다음날 오전 0시부터, 다음과 같은 사실이 발생한 날의 오후 12시까지로 합니다.  
신용카드회사가 회원으로서 부당하다고 판단한 경우 : 신용카드회사가 당해 회원에게 회원자격을 취소하겠다는 통지를 발송한 날  
회원이 신용카드회사를 탈퇴하는 경우 : 정해진 신고용지에 의해 신고하고 그것을 신용카드회사가 수령한 날

#### 신용카드회원 보험계약 특별약관의 가족회원 추가특별약관

#### 제1조(피보험자의 범위)

이 추가특별약관에서의 피보험자는 특별약관 제3조(피보험자의 범위) 및 용어풀이 3. 피보험자의 범위에 도 불구하고 가족회원을 포함합니다.

#### 제2조(신용카드회원수)

특별약관 제6조(보험료의 정산)의 신용카드회원수에 가족회원수를 더하여 신용카드회원수를 산출합니다.

#### 제3조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

#### 신용카드회원 공공교통수단탑승중 상해사망후유장해 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「신용카드를 이용하여 운임을 전액 지급한 공공교통수단의 승객으로 탑승하고 있는 동안 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

② 제1항의 공공교통수단이 항공기인 경우에는 다음의 상해로 인한 사망 또는 후유장해에 대하여도 보상합니다.

- 항공기의 탑승자에 한해 입장이 허용되는 비행장 구내에서의 상해
- 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 계속해서 목적지에 도착할 때까지의 항공운송사업자가 제공하는 교통수단에 탑승중의 상해
- 항공기 탑승에 직접 관련 있는 공항으로부터 또는 공항까지의 공공교통수단에 운임을 지급하고 승객으로 탑승중에 입은 상해

#### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항 외에 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해의 경우에는 보상하지 않습니다.

- 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- 하역작업을 하는 동안
- 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

#### 제3조(피보험자의 범위)

피보험자의 범위는 다음과 같습니다.

- 카드회원(본인)
- 본인의 배우자
- 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 22세까지의 동거 또는 별거 중인 자녀

#### 제4조(공공교통수단의 범위)

이 특별약관에 있어서 공공교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- 공공교통기관  
가. 대한민국 국내에서 철도법, 궤도사업법, 자동차관리법, 항공법 및 해상운송사업법에 따라 각기 여객운송사업을 경영하는 교통기관  
나. 대한민국, 국외에서는 현지 법령에 따라 면허를 받아 여객운송사업을 경영하고 있는 교통기관

2. 교통수단

- 가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블을 포함합니다)
- 나. 자동차
- 다. 항공기, 선박

**제5조(보험료)**

보통약관에 관계없이 보험료납입은 다음과 같습니다.

1. 예치보험료

계약일 현재 카드 회원수에 해당하는 보험료를 예치보험료로 회사에 내어야 합니다.

2. 보험료의 정산

가. 보험증권상에 기재된 보험기간 종료일에 카드발행상황 윌레통지서에 의하여 연간 평균 유효카드 회원수를 산출하여 확정보험료를 계산합니다. 그러나 이 확정보험료는 예치보험료의 2/3를 밑돌 수 없습니다.

나. 회사는 위 가.의 확정보험료와 이미 낸 예치보험료를 비교하여 그 차액을 받거나 돌려 드립니다.

**제6조(적용상의 특칙)**

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

**제7조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**국제신용카드회원 항공기탑승중 상해사망후유장애 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「국제신용카드회원의 자격기간중 승객으로서 항공기에 탑승하고 있는 동안 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

② 회사는 피보험자가 승객으로서 항공운송사업자가 노선을 정하여 운행하는 항공기에 탑승할 경우 제1항외에 다음의 상해로 인한 사망 또는 후유장애에 대하여도 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 항공기의 탑승자에 한해 입장이 허용되는 비행장 구내에서의 상해
- 2. 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지 계속해서 항공운송사업자가 제공하는 교통수단에 탑승중의 상해
- 3. 위 1, 2는 당해 항공기의 탑승요금이 국제신용카드에 의해 지급된 경우에만 적용합니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항 외에 아래에 열거된 행위로 인하여

보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

**제3조(보험료의 정산)**

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 계약체결과 동시에 계약일 현재의 국제카드회원수(개인회원과 법인회원을 말합니다. 이하 같습니다)에 해당하는 보험료를 예치보험료로 납입하여야 합니다.

2. 계약자는 매월 10일까지 전월말 현재 유효한 국제카드회원수에 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 보험기간만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.

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

**제4조(보험가입금액)**

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

- 1.계좌당 보험가입금액
- 개인회원 :
- 가족회원 :

**제5조(적용상의 특칙)**

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

**제6조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

● 국제신용카드

국제적 가맹점에 대하여 통용(결제)될 수 있는 카드를 발급하는 회사(이하「국제신용카드발행회사」라 합니다)가 정해진 수속을 거쳐 발행, 대여하는 국제신용카드를 말합니다.

● 국제신용카드 회원

국제신용카드발행회사가 회원자격을 수여하고 국제신용카드를 대여한 자로, 공여되는 형태에 따라 개인회원, 가족회원 및 법인회원으로 구분되는 자를 말합니다.

● 피보험자

국제신용카드발행회사의 회원으로 합니다. 단, 법인 회원인 경우는 당해 카드의 사용자로서 명의가 등록된 자로 합니다.

● 회원의 자격기간

회원의 자격기간은 국제신용카드회사가 국제신용카드 회원으로서 입회를 승인한 날의 다음날 오전 0시부터, 다음과 같은 사실이 발생한 날의 오후 12시까지로 합니다.

㉠ 국제신용카드회사가 회원으로서 부당하다고 판단한 경우 : 국제신용카드회사가 당해 회원에게 회원자격을 취소하겠다는 통지를 발송한 날

㉡ 회원이 국제신용카드회사를 탈퇴하는 경우 : 정해진 신고용지에 의해 신고하고 그것을 국제신용카드회사가 수령한 날

국제신용카드 법인공용회원 추가특별약관

제1조(적용범위)

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

제2조(피보험자수의 산정)

이 추가특별약관에 따라 적용받는 피보험자수는 아래와 같이 산정합니다.

법인공용카드 피보험자수(D)= {B× C} over {A} (A : B = C: D)

- 여기서 A = 국제신용카드에 의한 항공기운임매출액 - B
- B = 법인명의로의 공용카드에 의한 항공기운임 매출액
- C = 국제신용카드 회원수 - 법인명의로의 공용카드 회원수
- D = 법인공용카드 피보험자수

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

제3조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

국내전용신용카드회원 항공기탑승중 상해사망후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「국내전용신용카드회원의 자격 기간중 승객으로서 해당 국내전용카드로 탑승요금이 지불된 항공기에 탑승하고 있는 동안 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로서 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항 외에 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- 2. 하역작업을 하는 동안
- 3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대중교통(교통카드회원) 탑승중 상해사망후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「국내에서 교통수단의 승객으로 탑승하고 있는 동안 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로서 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

② 제1항의 "탑승하고 있는 동안"이란 피보험자가 운행중의 교통수단에 승객으로서 승차하고 있거나 승하차 시를 말하며 교통수단에 승차하여 직접 운전을 하고 있는 동안을 제외합니다.

제2조(피보험자의 범위)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 "피보험자"란 교통카드회원으로 등록된 유효한 자격이 있는 자를 말합니다.

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

### 제3조(교통수단의 범위)

④ 이 특별약관에서교통수단이라 함은 여객 자동차운수사업법에서 정한 시내버스, 시외버스(고속버스를 포함합니다), 농어촌버스와 일반택시, 개인택시운송 사업에 사용된 자동차 및 여객수송에 사용된 지하철 및 열차를 말합니다.

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 교통수단의 범위를 아래의 교통수단 중 보험증권에 기재된 어느 하나로 한정하여 적용할 수 있습니다.

1. 여객자동차운수사업법에서 정한 시내버스
2. 여객수송용 지하철(전철포함)
3. 위 제1호 및 제2호의 교통수단

### 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항 및 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
3. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안

### 제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 산업재해사망 특별약관

### 제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

### 제2조(보험금의 지급사유)

④ 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 「산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1항에 규정된 「업무상의 재해」 중 발생한 상해(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망하거나 피보험자가 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1항에 규정된 「업무상의 재해」 중 질병 또는 공무원연금법 제25조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」으로 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 산업재해사망보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다. 단, 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 유족급여를 지급한 경우에만 산업재해사망보험금을 지급합니다.

② 제1항의 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1항에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따르며, 제1항의 공무원연금법 제25조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정

및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

### 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 1~3, 5 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

### 제5조(특별약관의 소멸)

④ 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

② 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 피보험자에 대하여 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

### 제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 산업재해 질병사망 특별약관

### 제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

### 제2조(보험금의 지급사유)

④ 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1항에 규정된 「업무상의 재해」 중 질병 또는 공무원연금법 제25조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」으로 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 산업재해질병사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 유족급여를 지급한 경우에만 산업재해질병사망보험금을 지급합니다.

② 제1항의 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1항에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따르며, 제1항의 공무원연금법 제25조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

### 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

### 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 1~3, 5 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 회사가 보통약관에 따라 보험금을 지급할 상해로 인한 질병
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

**제5조(특별약관의 소멸)**

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 피보험자에 대하여 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제6조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**산업재해 상해사망 특별약관**

**제1조(피보험자의 범위)**

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

**제2조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 「산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1항에 규정된 「업무상의 재해」 중 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로서 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 산업재해상해사망보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다. 단, 근로복지공단이 유족급여를 지급한 경우에만 산업재해상해사망보험금을 지급합니다.
- ② 제1항의 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1항에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따릅니다.

**제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 1~3, 5 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

**제4조(특별약관의 소멸)**

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 피보험자에 대하여 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제5조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**산업재해 장애 특별약관**

**제1조(피보험자의 범위)**

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

**제2조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 「산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1항에 규정된 「업무상의 재해」 중 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)로 「산업재해보상보험법 시행령 별표2 신체장애등급표(이하 “신체장애등급표”라 합니다. 「신체장애 분류표」(【별표29】참조))에서 정한 제1급~제14급 장애(이하「장애」라 합니다)상태가 되어, 상해발생일부터 1년 이내에 산업재해보상보험법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 장애급여대상자로 판정한 경우, 다음과 같이 산업재해장애보험금을 지급합니다.

장애 등급	지급액
1급 ~ 2급	특약 보험가입금액의 100%
3급 ~ 5급	특약 보험가입금액의 70%
6급 ~ 8급	특약 보험가입금액의 50%
9급 ~ 11급	특약 보험가입금액의 30%
12급 ~ 14급	특약 보험가입금액의 10%

② 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1항에 규정된 「업무상의 재해」중 질병으로 진단확정 받고 「신체장애등급표」에서 정한 제1급~제14급 장애(이하「장애」라 합니다)상태가 되어, 보험기간중 산업재해보상보험법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 장애급여대상자로 판정한 경우에는 다음과 같이 산업재해장애급여금을 지급합니다.

장애 등급	지급액
1급 ~ 2급	특약 보험가입금액의 100%
3급 ~ 5급	특약 보험가입금액의 70%
6급 ~ 8급	특약 보험가입금액의 50%
9급 ~ 11급	특약 보험가입금액의 30%
12급 ~ 14급	특약 보험가입금액의 10%

③ 피보험자가 보험기간 중에 공무원연금법 제25조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」으로 진단확정 받고 「공무원연금법 시행령 별표2 폐질등급」에서 정한 제1급~제14급 장애상태가 되어, 보험기간중 공무원연금관리공단이 장애급여대상자로 판정한 경우에도 제2항과 같이 산업재해장애보험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제3항에 규정한 장애급여대상자의 판정일은 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 발급한 장애결정통보서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.

⑤ 제1항 내지 제3항에 규정한 산업재해장애보험금의 지급사유가 다른 「업무상의 재해」 중 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 산업재해장애보험금을 드립니다. 그러나 그 장애가 이미 산업재해장애보험금을 지급받은 동일부위에 가중된 장애일 때에는 새로이 발생한 장애에 해당하는 산업재해장애보험금에서 이미 지급한 산업재해장애보험금을 뺀 금액을 드립니다.

⑥ 제2항 및 제3항에서 정한 「업무상의 재해」 중 질병 또는 「공무로 인한 질병」으로 보험기간 이전에 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단으로부터 장애등급 판정을 받아 장애급여가 지급된 후, 동일한 질

병을 원인으로 장해상태가 더 악화되어 제2항 및 제3항에서 정한 보험기간 중에 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해등급이 판정되어 장해급여를 지급받은 경우, 보험기간중 장해급여를 지급받은 악화된 장해 등급에 해당하는 산업재해질병장해보험금에서 보험기간 이전의 장해등급에 특약보험가입금액을 곱한 금액을 뺀 금액을 지급합니다.

- ⑦ 산업재해장해보험금의 지급한도는 통산하여 특약보험가입금액의 100%로 합니다.
- ⑧ 제1항에도 불구하고 제1항의 상해로 인해 상해발생일부터 1년 이내에 장해급여가 지급되지 않은 경우에는, 그 이후 근로복지공단의 장해급여 지급일을 기준으로 하여 이 특별약관에서 산업재해장해보험금을 지급합니다.
- ⑨ 제1항 및 제2항의 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1항에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따르며, 제3항의 공무원연금법 제25조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

**제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 1~3, 5 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**산업재해 질병장해 특별약관**

**제1조(피보험자의 범위)**

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

**제2조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1항에 규정된 「업무상의 재해」중 질병으로 진단확정 받고 「산업재해보상보험법 시행령 별표2 신체장해등급표(이하 “산재장해분류표” 라 합니다. 「산재장해 분류표」(【별표29】참조))」에서 정한 제1급~제14급 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
1급 ~ 2급	특약 보험가입금액의 100%
3급 ~ 5급	특약 보험가입금액의 70%
6급 ~ 8급	특약 보험가입금액의 50%
9급 ~ 11급	특약 보험가입금액의 30%
12급 ~ 14급	특약 보험가입금액의 10%

② 피보험자가 보험기간 중에 공무원연금법 제25조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」으로 진단확정 받

고 「공무원연금법 시행령 별표2 폐질등급」에서 정한 제1급~제14급 장해상태가 되어, 보험기간중에 공무원연금관리공단이 장해급여대상자로 판정한 경우에도 위 제1항과 같이 산업재해질병장해급여금을 지급합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에 규정한 장해급여대상자의 판정일은 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 발급한 장해결정통보서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 규정한 산업재해질병장해보험금의 지급사유가 다른 「업무상의 재해」중 질병을 직접적인 원인으로 하여 2회 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 제1항 및 제2항에서 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 제1항 및 제2항에서 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 제1항의 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1항에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따르며, 제2항의 공무원연금법 제25조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

**제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 1~3, 5 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 회사가 보통약관에 따라 보험금을 지급할 상해로 인한 질병
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**산업재해 상해장해 특별약관**

**제1조(피보험자의 범위)**

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

**제2조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 「산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1항에 규정된 「업무상의 재해」중 발생한 상해(이하 “상해”라 합니다)로 「산업재해보상보험법 시행령 별표2 신체장해등급표(이하 “산재장해분류표” 라 합니다. 「산재장해 분류표」(【별표29】참조))」에서 정한 제1급~제14급 장해(이하「장해」라 합니다)상태가 되어, 상해발생일부터 1년 이내에 산업재해보상보험법에서 정한



절차에 따라 근로복지공단이 장해급여대상자로 판정한 경우, 다음과 같이 산업재해상해장해보험금을 지급합니다.

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

② 제1항에 규정한 장해급여대상자의 판정일은 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 발급한 장해결정통보서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.

③ 제1항에 규정한 산업재해상해장해보험금의 지급사유가 다른 「업무상의 재해」 중 상해를 직접적인 원인으로 하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 산업재해상해장해보험금을 드립니다. 그러나 그 장해가 이미 산업재해상해장해보험금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생한 장해에 해당하는 산업재해상해장해보험금에서 이미 지급한 산업재해상해장해보험금을 뺀 금액을 지급합니다.

④ 산업재해상해장해보험금의 지급한도는 통산하여 특약보험가입금액의 100%로 합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 제1항의 상해로 인해 상해발생일부터 1년 이내에 장해급여가 지급되지 않은 경우에는, 그 이후 근로복지공단의 장해급여 지급일을 기준으로 하여 이 특별약관에서 산업재해상해장해보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항의 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1항에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따릅니다.

### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 1~3, 5 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 마라톤질병사망 및 마라톤질병 80%이상고도후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된 보험가입금액을 약정한 보험금으로 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 마라톤대회 참가 중에 마라톤관련 특정질병(「마라톤관련 특정질병 분류표」(【별표23】참조)으로 사망하였을 경우 : 사망보험금
2. 보험증권에 기재된 마라톤대회 참가 중에 마라톤관련 특정질병(「마라톤관련 특정질병 분류표」(【별표23】참조)으로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태

가 되었을 때 : 고도후유장해보험금

② 제1항의 마라톤대회 참가중이라 함은 마라톤대회에 주자로 출발하여 마라톤대회를 마치고 해산하기 전까지를 말합니다.

### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

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

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

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

### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항 1호 내지 3호

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 마라톤 상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「보험증권에 기재된 마라톤대회 참가중에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로서 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

② 제1항의 마라톤대회 참가중이라 함은 마라톤대회 당일 주자로 참가해서 연습 및 마라톤대회를 마치고 해산하기 전까지를 말합니다.

### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 마라톤 골절수술비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「보험증권에 기재된 마라톤대회 참가중에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)로(「골절 분류표」(【별표15】참조)에 정한 골절을 입고 그 치료를 직접 적인 목적으로 수술을 받을 때에는 수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액 전액을 마라톤대회 참가중 골절수술 비로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술비만 지급합니다.

② 제1항에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액,조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

#### <신의료기술평가위원회>

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

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

### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 스포츠상해후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로서 상해 발생일부부터 180일 안에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하「후유장해」라 합니다)되어 「장해분류표」(【별표1】참조)에 해당하며 해당종목의 운동선수로서 더 이상 활동을 계속할 수 없을 때 이 특별약관에 따라 보상합니다.

### 제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 해당경기종목의 프로연맹 또는 아마추어경기연맹(협회를 포함합니다)에 등록된 선수에 한합니다.

### 제3조(지급보험금의 계산)

위 제1조에 해당하는 경우로써 지급보험금은 아래 지급율표에 따릅니다.

후유장해지급율	지급보험금
3% ~ 10%	후유장해 지급보험금의 20% 해당금액
11% ~ 30%	후유장해 지급보험금의 40% 해당금액
31% ~ 50%	후유장해 지급보험금의 60% 해당금액
51% ~ 100%	후유장해 지급보험금의 100% 해당금액

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 스포츠단체 상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「보험증권에 기재된 단체의 관리하에 행하는 운동경기 중에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로서 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

### 제2조(운동경기의 종목)

제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 운동경기의 종목은 아래와 같습니다.

- 위험이 큰 운동경기종목 : 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 유사한 운동경기
- 위험이 다소 큰 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

### 제3조(피보험자의 증가, 감소 및 교체)

- ① 보험기간 중에 피보험자의 증감이 있을 때에는 계약자는 서면으로 이에 대한 성명, 나이, 성별 및 운동경기 종목등을 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
- ② 회사는 보험기간중에 피보험자가 증감된 경우 증감자에 대하여 일단위로 보험료를 계산하여 계약을 체결할 때에 납입한 보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려드립니다. 그러나 감소후의 피보험자 수가 5명 미만인 경우 이 계약은 해지되는 것으로 합니다.

### 제4조(운동경기 종목의 변경)

보험기간 중에 피보험자가 운동경기 종목을 변경하고자 하는 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

### 제5조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

### 제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 스포츠활동중 상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「제2조(스포츠 종목)에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설을 말함. 단 주택은 제외합니다)내에서 하는 동안 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠시설내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

### 제2조(스포츠 종목)

제1조에서 정한 스포츠의 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 적은 운동경기종목 : 검도, 펜싱, 사이클, 스케이트, 탁구, 정구, 수구, 연식야구, 사격, 배구, 보트, 요트, 육상경기, 역도, 배드민턴, 골프, 궁도 및 이와 유사한 운동경기

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 스포츠활동중 배상책임 특별약관

**제1조(목적)** 이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

**제2조(용어의 정의)** 이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특별약관 관련 용어
  - 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
  - 나. 피보험자: 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
  - 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
2. 보상 관련 용어
  - 가. 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
  - 나. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 제8조(보험금 등의 지급한도)에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
  - 다. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
  - 라. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
  - 마. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.
3. 이자율 관련 용어
  - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
  - 나. 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율: 보험개발원이 정기적으로 산출하여 공시하는 이율로써 회사가 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에 적용합니다.
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.

### 제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 보험증권에 기재된 단체의 관리하에 행하는 운동경기중에 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) 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

② 위 제1항의「운동경기」란 단체의 관리하에 참여하거나 진행하는 정규경기 또는 연습경기(훈련활동을 포함합니다. 이하 같습니다)를 말합니다.

③ 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

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

가. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

나. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

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

라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

#### 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
6. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
7. 피보험자의 고용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장애(장해로 인한 사망을 포함합니다)로 인한 배상책임
8. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 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), 충전기(공기충을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
12. 체육관, 운동장등 경기시설 구조상의 결함이나 관리의 불비(不備)로 인한 배상책임

#### 제5조(손해의 통지 및 조사)

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

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고 상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제3조(보험금의 지급사유) 제3항 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

#### 제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

#### 제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 또한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지체된 날부터 지급일까지 「보험금을 지급할 때의 적립이율」(【별표42】참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지체된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

#### 제8조(보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제3조(보험금의 지급사유) 제3항 제1호의 손해배상금 : 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제3조(보험금의 지급사유) 제3항 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제3조(보험금의 지급사유) 제3항 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액내에서 보상합니다.

#### 제9조(의무보험과의 관계)

①회사는 이 약관에 의하여 보상해야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제10조(보험금의 분담)를 따릅니다.

②제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

③피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다라면 의무보험에서 보상하는 금액을 제1항의 "의무보험에서 보상하는 금액"으로 봅니다.

### 제10조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

### 제11조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제3조(보험금의 지급사유)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였다면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

### 제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 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 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.

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

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 위 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않은 때에는 회사는 그

로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

### 제13조(합의.절충.중재.소송의 협조.대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의.절충.중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

**【보상책임을 지는 한도】** 동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가입료나 가입행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

### 제14조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다.)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

### 제15조(피보험자의 범위)

① 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이 특별약관의 피보험자는 이 보험증권에 기재된 단체 및 단체의 소속원으로 등록된 자를 말합니다. 단, 각종 프로연맹 또는 아마추어경기연맹(협회를 포함합니다)에 소속된 선수는 제외합니다.

② 이 계약이 성립된 후에 단체에 등록된 자는 그 등록시점부터 피보험자가 되며 소속을 이탈하는 경우

그 이탈시점부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

### 제16조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

#### 자전거사고 사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「아래의 사고로 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
    - 가. 자전거에 탑승하고 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 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 자전거라 함은 자전거이용 활성화에 관한 법률 제2조(정의) 제1호에서 정한 자전거를 말합니다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항
2. 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 발생한 사고

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

#### 자전거사고 벌금 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자전거사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 확정판결에 의하여 피보험자가 부담하는 벌금액(보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 이 특별약관에 따라 보상합니다.
- ② 제1항의 벌금보험금은 1사고당 보험증권에 기재된 금액을 한도로 보상합니다.
- ③ 제1항의 벌금에 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 계약에 따른 보상책임액의 상기합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1항의 자전거라 함은 자전거이용 활성화에 관한 법률 제2조(정의) 제1호에서 정한 자전거를 말합니다.

다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
  2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
  3. 계약자의 고의
  4. 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 발생한 사고
  5. 피보험자가 자전거를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고
- ② 회사는 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

#### 자전거사고 변호사선임비용(약식기소 제외) 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자전거사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장구나 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 「1사고」마다 보험가입금액을 한도로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하지 않습니다.
- ② 제1항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항의 「1사고」라 함은 하나의 자전거 운전 중 사고를 말하며, 「1사고」로 항소심, 상소심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.
- ④ 제1항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제1항의 자전거라 함은 자전거이용 활성화에 관한 법률 제2조(정의) 제1호에서 정한 자전거를 말합니다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 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. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 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

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

1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
2. 피보험자가 자전거를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
3. 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

### 제3조(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(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 자전거사고 처리지원금 특별약관(동승자 포함)

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자전거사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호의 1에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 자전거사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. "일반교통사고"로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해 배상 보장

법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

**<용어풀이>**

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

- ② 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
  1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우.
  2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우.
- ③ 제1항 및 제2항의 자전거사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 지급합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시 1천만원	70일~139일 진단시 2천만원	140일이상 진단시 3천만원
---------------------	----------------------	--------------------

3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원
- ④ 제1항의 자전거라 함은 자전거이용 활성화에 관한 법률 제2조(정의) 제1호에서 정한 자전거를 말합니다.

⑤ 제1항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 「교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서」(【별표6】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑥ 제1항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑦ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 금액을 한도로 보상합니다.

⑧ 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 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

⑨ 제2항에 따라 보험회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
2. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)** ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
  2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
  3. 계약자의 고의
  4. 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 발생한 사고
  5. 피보험자가 자전거를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
- ② 회사는 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

**제3조(보험금의 비례분담)** ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 자전거사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제3항에 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.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

**제4조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 자전거사고 처리지원금 특별약관(동승자 제외)

#### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자전거사고로 타인(이하「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호의 1에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 “형사합의금”이라 합니다.)을 자전거사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.
1. 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)를 사망하게 한 경우
  2. “중대법규위반 교통사고”로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자전거의 탑승자는 제외합니다)가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
  3. “일반교통사고”로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자전거의 탑승자는 제외합니다)에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해 배상 보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

**<용어풀이>**  
「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

- ② 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우.

2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우.

③ 제1항 및 제2항의 자전거사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 지급합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시 1천만원	70일~139일 진단시 2천만원	140일이상 진단시 3천만원
---------------------	----------------------	--------------------

3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

④ 제1항의 자전거라 함은 자전거이용 활성화에 관한 법률 제2조(정의) 제1호에서 정한 자전거를 말합니다.

⑤ 제1항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 「교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서」(【별표6】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑥ 제1항에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑦ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 금액을 한도로 보상합니다.

⑧ 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 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
- ⑨ 제2항에 따라 보험회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
  2. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
  3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
  4. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
  5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)** ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
  2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
  3. 계약자의 고의
  4. 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 발생한 사고
  5. 피보험자가 자전거를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
- ② 회사는 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.



**제3조(보험금의 비례분담)** ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 자전거사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제3항에 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.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

**제4조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 자전거사고비용 특별약관(I)

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「아래의 사고로 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)를 입고 그 상해로 인하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에서 ( )일 이상의 최초진단(추가진단은 해당되지 않습니다)을 받고 실제 치료중이거나 치료가 종료된 경우에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다.

1. 자전거에 탑승하고 있는 피보험자에게 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
  2. 자전거에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 운행중의 자전거와 충돌·접촉(적재물을 포함합니다)에 의해 발생한 사고
- ② 제1항의 자전거라 함은 자전거이용 활성화에 관한 법률 제2조(정의) 제1호에서 정한 자전거를 말합니다.

#### 제2조(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 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 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 발생한 사고

#### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 자전거사고비용 특별약관(II)

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「아래의 사고로 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)를 입고 그 상해로 인하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에서 28일 이상의 최초진단(추가진단은 해당되지 않습니다)을 받고 7일 이상 계속 입원하여 치료중이거나 치료가 종료된 경우에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다.

1. 자전거에 탑승하고 있는 피보험자에게 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
  2. 자전거에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 운행중의 자전거와 충돌·접촉(적재물을 포함합니다)에 의해 발생한 사고
- ② 제1항의 자전거라 함은 자전거이용 활성화에 관한 법률 제2조(정의) 제1호에서 정한 자전거를 말합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다. 다만, 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ④ 위 제1항의 경우 동일한 상해로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여도 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

#### 제2조(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 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 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 발생한 사고

#### 제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진 자 (이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 자전거사고 상해통원일당 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 「대한민국 국내에서 아래에서 정한 사고로 상해」(이하 “상해”라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 병원 또는 의원에서 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 통원일당으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 자전거에 탑승하고 있는 피보험자에게 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
2. 자전거에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 운행중의 자전거와 충돌·접촉(적재물을 포함합니다)에 의해 발생한 사고

### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 통원일수 ( )일을 초과하는 통원 1일당 통원일당을 지급합니다.
- ② 통원일당은 하나의 상해에 대하여 통산 통원일수 30일을 한도로 통원일당을 지급합니다. 동일한 급격, 우연, 외래의 사고로 다수의 신체부위에 상해를 입은 경우에는 하나의 상해로 봅니다.
- ③ 회사는 사고가 발생한 날로부터 사고일을 포함하여 180일이 경과한 후의 통원에 대하여는 통원일당을 지급하지 않습니다.
- ④ 회사는 하나의 상해로 같은 날 2회 이상 통원하여 치료받은 경우에도 1일 통원일당만 지급합니다.
- ⑤ 회사는 둘 이상의 상해로 같은 날 2회이상 통원하여 치료 받은 경우에도 1일 통원일당만 지급합니다. 이 경우, 둘 이상의 상해의 원인사고(급격, 우연, 외래사고)가 다른 경우에도 각 상해별의 통산 통원일수에는 각각 통원일로 계산됩니다.
- ⑥ 회사는 피보험자가 보장개시일 이후 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 계속하여 통원 치료를 받은 경우에는 사고일로부터 180일까지 통산 통원일수 30일을 한도로 통원일당을 지급합니다.

### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항
  2. 피보험자의 질병
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업 및 직무를 위하여 자전거에 탑승하는 동안 그리고 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 산악자전거(MTB) 활동 또는 이와 비슷한 위험한 활동
  2. 자전거에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

#### <용어풀이>

- 통원

이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)

에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

- 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

## 자전거사고 상해통원일당(한방·치과 병의원 제외, 치아파절 제외) 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 「대한민국 국내에서 아래에서 정한 사고로 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 병원 또는 의원(치과병원, 치과의원 또는 한방병원, 한의원은 제외합니다)에서 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 통원일당으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 자전거에 탑승하고 있는 피보험자에게 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
2. 자전거에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 운행중의 자전거와 충돌·접촉(적재물을 포함합니다)에 의해 발생한 사고

### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 통원일수 ( )일을 초과하는 통원 1일당 통원일당을 지급합니다.
- ② 통원일당은 하나의 상해에 대하여 통산 통원일수 30일을 한도로 통원일당을 지급합니다. 동일한 급격, 우연, 외래의 사고로 다수의 신체부위에 상해를 입은 경우에는 하나의 상해로 봅니다.
- ③ 회사는 사고가 발생한 날로부터 사고일을 포함하여 180일이 경과한 후의 통원에 대하여는 통원일당을 지급하지 않습니다.
- ④ 회사는 하나의 상해로 같은 날 2회 이상 통원하여 치료받은 경우에도 1일 통원일당만 지급합니다.
- ⑤ 회사는 둘 이상의 상해로 같은 날 2회이상 통원하여 치료 받은 경우에도 1일 통원일당만 지급합니다. 이 경우, 둘 이상의 상해의 원인사고(급격, 우연, 외래사고)가 다른 경우에도 각 상해별의 통산 통원일수에는 각각 통원일로 계산됩니다.
- ⑥ 회사는 피보험자가 보장개시일 이후 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 계속하여 통원 치료를 받은 경우에는 사고일로부터 180일까지 통산 통원일수 30일을 한도로 통원일당을 지급합니다.

### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항
  2. 피보험자의 질병
  3. 피보험자의 치아의 파절 및 파절치(한국표준질병사인분류 중 분류코드 S02.5)
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업 및 직무를 위하여 자전거에 탑승하는 동안 그리고 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당

보험금을 지급하지 않습니다.

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

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<b>&lt;용어풀이&gt;</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>통원</b> 이 특약에 있어서 "통원"이라 함은 의사(치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자를 제외하며, 이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(치과병원, 치과의원 또는 한방병원, 한의원은 제외합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.</li> <li>● <b>의사</b> 피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.</li> <li>● 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.</li> </ul>

**자전거사고 상해입원일당 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「대한민국 국내에서 아래에서 정한 사고로 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 ( )일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 ( )일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당으로 지급합니다. 다만 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

1. 자전거에 탑승하고 있는 피보험자에게 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
2. 자전거에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 운행중의 자전거와 충돌·접촉(적재물을 포함합니다)에 의해 발생한 사고
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해입원일당을 보상합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<b>&lt;용어풀이&gt;</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>입원</b></li> </ul>

<p>이 보험에서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>의사</b> 피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.</li> <li>● 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.</li> </ul>
---

**자전거 비탐승중 사고 부보장 추가특별약관**

**제1조(적용특칙)**

동 추가특별약관은 "자전거사고 상해통원일당 특별약관" 또는 "자전거사고 상해통원일당(한방·치과 병·의원 제외, 치아파절 제외) 특별약관" 또는 "자전거사고 상해입원일당 특별약관"(이하 "특별약관"이라 합니다)을 가입한 계약에 한하여 부가하여 적용합니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 특별약관에도 불구하고 「자전거에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 운행중의 자전거와 충돌·접촉(적재물을 포함합니다)에 의해 발생한 사고」로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

**제3조(준용규정)**

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 해당 특별약관을 따릅니다.

**현역군인상해사망후유장해 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「군복무기간 중에 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(「별표1」참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 군복무기간이라 함은 피보험자가 병역법에 의하여 군복무를 위해 입영한 시점부터(군복무중일 경우 이 보험에 가입한때로부터) 군인사법에 의한 전역, 퇴역, 제적 등으로 인한 전역(이하 "전역"이라 합니다)일까지의 기간을 말합니다. 다만, 보험기간의 중기가 전역일 보다 빠른 경우 중기를 전역일로 봅니다.

**제2조(피보험자의 범위)**

- ④ 이 특별약관에서 정하는 피보험자라 함은 보험증권에 기재된 현역군인을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 현역군인이라 함은 군인사법 제2조에서 정한 현역에 복무하는 장교, 준사관, 부사관 및 병을 말하며, 병역법에 의하여 전환복무중인 의무경찰대원, 의무소방원을 포함합니다.

**제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항 및 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1.피보험자의 균형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 균형법상 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보험금을 지급합니다.)

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**현역군인상해물리치료비(50%) 추가특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 현역군인상해사망후유장해 특별약관(이하 "특별약관"이라 합니다) 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험가입금액을 물리치료비로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 같은 보험년도(보험에 가입한 날로부터 매 1년이 되는 시점까지의 기간단위를 말합니다)에 50% 이상에 해당하는 장해상태가 두 번 이상 발생했을 때에는 한 번에 한하여 보험금을 지급합니다.

**제2조(특별약관의 소멸)**

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 추가특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 물리치료비를 지급한 때에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제3조(준용규정)**

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

**현역군인상해재활치료비(80%) 추가특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 현역군인상해사망후유장해 특별약관(이하 "특별약관"이라 합니다) 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험가입금액을 재활치료비로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 같은 보험년도(보험에 가입한 날로부터 매 1년이 되는 시점까지의 기간단위를 말합니다)에 80% 이상에 해당하는 장해상태가 두 번 이상 발생했을 때에는 한 번에 한하여 보험금을 지

급합니다.

**제2조(특별약관의 소멸)**

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 추가특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 재활치료비를 지급한 때에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제3조(준용규정)** 이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

**현역군인상해중증장애(100%) 추가특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 현역군인상해사망후유장해 특별약관(이하 "특별약관"이라 합니다) 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률이 100% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때는 보험가입금액을 중증장애보험금으로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 같은 보험년도(보험에 가입한 날로부터 매 1년이 되는 시점까지의 기간단위를 말합니다)에 100% 이상에 해당하는 장해상태가 두 번 이상 발생했을 때는 한 번에 한하여 보험금을 지급합니다.

**제2조(특별약관의 소멸)**

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 추가특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증장애보험금을 지급한 때에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제3조(준용규정)**

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

**현역군인 질병사망 및 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 질병으로 군복무기간 또는 의병전역하여 전역후 6개월 이내에 사망하였을 경우에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 사망보험금으로 지급합니다.
2. 보험기간 중 진단확정된 질병으로 군복무기간 또는 의병전역하여 전역후 6개월 이내에 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

**제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)**

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 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.

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

⑨ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 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.

⑪ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 병 상해질병사망보장 특별약관

### 제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자라 함은 다음과 같습니다.

1. 군인사법 제2조(적용범위)에서 정한 현역 복무하는 병(兵)(현역에 복무하는 장교, 준사관, 부사관은 제외합니다.)
2. 병역법 제2조(정의 등)에서 정한 상근예비역
3. 군 인사법 제2조2호의 사관생도, 사관후보생 및 부사관후보생(공군항공과학고 학생 포함)

### 제2조(보장기간)

① 이 특별약관에 따라 피보험자가 보장을 받는 기간은 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 군인사법 제2조(적용범위)에서 정한 현역 복무하는 병(兵) 및 병역법 제2조(정의 등)에서 정한 상근예비역인 경우 : 피보험자의 훈련소(신교대) 입소를 위해 병영 내에 도착한 시점부터 전역 명령일 24:00시까지
  2. 피보험자가 군인사법 제2조2호의 사관생도 및 공군항공과학고 학생인 경우  
가) 신입생 : 가입교 등록을 위해 학교 내 도착한 시점부터 적용  
나) 재학생 : 재학기간 중 적용  
다) 졸업생 : 임관일 24:00까지  
※ 중도 퇴교 시 : 인사명령기준 퇴교일 24:00까지
  3. 군 인사법 제2조2호의 사관후보생 및 부사관후보생  
가) 기초군사훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00까지  
나) 재학 중 입영훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00까지  
다) 임관을 위한 입영훈련시 : 입영훈련을 위해 병영 내 도착한 시점부터 인사명령기준 퇴소일 24:00까지
- ② 제1항에도 불구하고 보험기간 종료시 피보험자의 보장기간도 종료됩니다.

### 제3조(보험금 지급사유)

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

1. 특별약관 제2조의 보장기간 중에 발생한 상해의 직접적 결과로써 특별약관 제2조의 보장기간 중에 사망한 경우
2. 특별약관 제2조의 보장기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우

### 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

### 제5조(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 제3자가 피해방지 또는 방어의 목적으로 피보험자 본인을 해친 경우

7. 전쟁(국지전, 교전 포함), 외국 및 북한의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동.

#### 제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 순직 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 순직한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 "순직"이라 함은 피보험자가 공무원상 질병 또는 부상으로 인해 보험기간 중에 사망하여 공무원연금공단의 "공무원재해보상심의회"의 결정에 따라 순직유족급여 지급대상이 된 경우를 말합니다.

#### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

#### 제3조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 국가공무원법 제2조(공무원의 구분) 및 지방공무원법 제2조(공무원의 구분)에서 분류된 공무원을 말합니다.

#### 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

#### 제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 공무상 요양진단금 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중에 공무상 요양이 발생하여 공무원 재해보상법 제6조(공무원재해보상심의회)에 따른 심의에 의해 동법 제22조(요양급여)에 따라 요양급여의 지급 대상이 된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 피보험자에게 지급합니다.

② 제1항의 "공무상 요양"이라 함은 다음 중 어느 하나의 사유에 해당합니다.

가. 공무상 부상 또는 질병으로 인하여 요양을 하는 경우

나. 요양급여를 받은 사람이 치유된 후 요양의 대상이 되었던 부상 또는 질병이 재발하거나 치유 당시보다 상태가 악화되어 이를 치유하기 위한 적극적인 치료가 필요하다는 의학적 소견이 있어 요양을 하는 경우

③ 보장개시일 이후 피보험자에게 공무상 부상 또는 질병이 발생하거나 재발하였고 보험기간이 만료된 후 공무원 재해보상법에 따른 심의가 결정된 경우 제1항의 규정에 따라 공무상 요양진단금을 보상합니다.

#### 제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 공무원 재해보상법 제3조(정의) 제1항 제1호에 속하는 자에 한합니다.

#### 제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 이 특별약관의 보험금을 청구할 때에 보통약관 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류 외에 아래의 서류를 첨부하여야 합니다.

1. 해당 피보험자의 요양급여 지급 결정을 증빙할 수 있는 서류

#### 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

#### 제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 공무상 입원일당 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중에 공무상 요양이 발생하여 공무원 재해보상법 제6조(공무원재해보상심의회)에 따른 심의에 의해 동법 제22조(요양급여)에 따라 요양급여의 지급 대상이 되고 동법 제24조(요양기관)에서 정한 요양기관에 1일 이상 입원하여 계속 치료를 받은 경우에는 1일째 입원일로부터 입원 1일당 특별약관에 기재된 보험가입금액을 입원일당으로 피보험자에게 지급합니다. 다만 공무상 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 "공무상 요양"이라 함은 다음 중 어느 하나의 사유에 해당합니다.

가. 공무상 부상 또는 질병으로 인하여 요양을 하는 경우

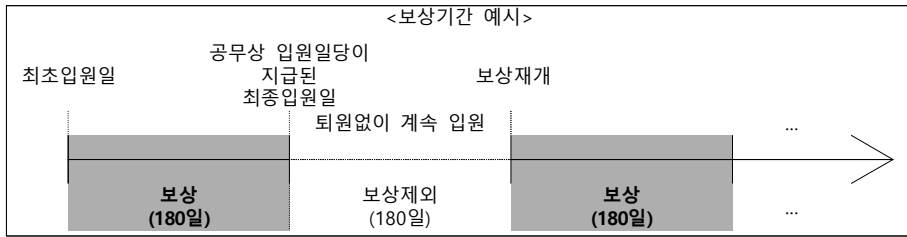
나. 요양급여를 받은 사람이 치유된 후 요양의 대상이 되었던 부상 또는 질병이 재발하거나 치유 당시보다 상태가 악화되어 이를 치유하기 위한 적극적인 치료가 필요하다는 의학적 소견이 있어 요양을 하는

경우

③ 보장개시일 이후 피보험자에게 공무상 부상 또는 질병이 발생하거나 재발하여 입원하였고 보험기간이 만료된 후 공무원 재해보상법에 따른 심의가 결정된 경우 제1항의 규정에 따라 공무상 입원일당을 보상합니다.

④ 피보험자가 하나의 공무상 요양 건의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우(하나의 공무상 요양 건의 치료를 직접 목적으로 요양기관을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 하나의 공무상 요양 건에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 제2항의 사유로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 입원일당을 보상합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

### 제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 공무원 재해보상법 제3조(정의) 제1항 제1호에 속하는 자에 한합니다.

### 제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 이 특별약관의 보험금을 청구할 때에 보통약관 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류 외에 아래의 서류를 첨부하여야 합니다.

1. 해당 피보험자의 요양급여 지급 결정을 증빙할 수 있는 서류

### 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

### 제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 공무상 입원일당 특별약관II

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중에 공무상 요양이 발생하여 공무원 재해보상법 제6조(공무원재해보상심의회)에 따른 심의에 의해 동법 제22조(요양급여)에 따라 요양급여의 지급 대상이 되고 동법 제24조(요양기관)에서 정한 요양기관에 1일 이상 입원하여 계속 치료를 받은 경우에는 1일째 입원일로부터 입원 1일당 특별약관에 기재된 보험가입금액을 입원일당으로 피보험자에게 지급합니다. 다만 공무상 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.

② 제1항의 "공무상 요양"이라 함은 다음 중 어느 하나의 사유에 해당합니다.

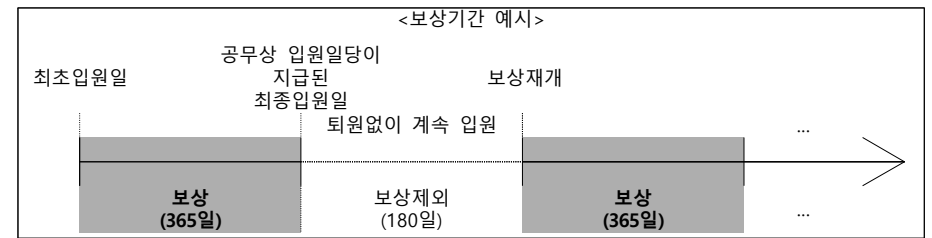
가. 공무상 부상 또는 질병으로 인하여 요양을 하는 경우

나. 요양급여를 받은 사람이 치유된 후 요양의 대상이 되었던 부상 또는 질병이 재발하거나 치유 당시보다 상태가 악화되어 이를 치유하기 위한 적극적인 치료가 필요하다는 의학적 조건이 있어 요양을 하는 경우

③ 보장개시일 이후 피보험자에게 공무상 부상 또는 질병이 발생하거나 재발하여 입원하였고 보험기간이 만료된 후 공무원 재해보상법에 따른 심의가 결정된 경우 제1항의 규정에 따라 공무상 입원일당을 보상합니다.

④ 피보험자가 하나의 공무상 요양 건의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우(하나의 공무상 요양 건의 치료를 직접 목적으로 요양기관을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 하나의 공무상 요양 건에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 제2항의 사유로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 입원일당을 보상합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

### 제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 공무원 재해보상법 제3조(정의) 제1항 제1호에 속하는 자에 한합니다.

### 제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 이 특별약관의 보험금을 청구할 때에 보통약관 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류 외에 아래의 서류를 첨부하여야 합니다.

1. 해당 피보험자의 요양급여 지급 결정을 증빙할 수 있는 서류

### 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

### 제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 공무원 장기요양 직권면직 위로금 특별약관

### 제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 「직권면직」이 된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 「공무원 장기요양 직권면직 위로금」으로 지급합니다.
- ② 「직권면직」이라 함은 국가공무원법 제70조(직권면직) 1항 4호 또는 지방공무원법 제62조(직권면직) 1항 2호의 “휴직기간이 끝나거나 휴직사유가 소멸된 후에도 직무에 복귀하지 않거나 직무를 감당할 수 없을 때”로 인하여 직권면직이 된 경우에 한합니다.
- ③ 위 ②와 관련하여 직권면직일은 국가공무원법 또는 지방공무원법에서 정한 징계위원회 또는 인사위원회 등에서 결정한 직권면직일로 합니다.
- ④ 위 ②와 관련하여 「휴직」이라 함은 국가공무원법 제71조(휴직) 제1항 제1호 및 지방공무원법 제63조(휴직) 제1항 제1호의 신체·정신상의 장애로 장기 요양이 필요할 때의 휴직에 한합니다.

### 제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 국가공무원법 제2조(공무원의 구분) 및 지방공무원법 제2조(공무원의 구분)에서 분류된 공무원을 말합니다.

### 제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 이 특별약관의 보험금을 청구할 때에 보통약관 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류 외에 아래의 서류를 첨부하여야 합니다.

1. 해당 피보험자가 장기요양 후 직권면직 되었음을 증빙할 수 있는 서류

### 제4조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 프로 및 아마추어단체 상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「보험증권에 기재된 단체의 관리하에 행하는 운동경기(연습 및 운동경기를 하기 위해 교통수단에 탑승중을 포함합니다. 이하 같습니다)중에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

### 제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 해당 경기 종목의 프로연맹 또는 아마추어경기연맹(협회 포함)에 등록된 선수에 한합니다.

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 프로 및 아마추어단체 배상책임 특별약관

**제1조(목적)** 이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

**제2조(용어의 정의)** 이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특별약관 관련 용어  
가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.  
나. 피보험자: 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.  
다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
2. 보상 관련 용어  
가. 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.  
나. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 제8조(보험금 등의 지급한도)에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.  
다. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.



라. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.

마. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

#### 3. 이자율 관련 용어

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

나. 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율: 보험개발원이 정기적으로 산출하여 공시하는 이율로써 회사가 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에 적용합니다.

#### 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.

### 제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 보험증권에 기재된 단체의 관리하에 행하는 운동경기중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「사고」라 합니다)로 타인의 신체에 장애(이하「신체장애」라 합니다)를 입히거나 타인의 재물을 망그러뜨려(이하「재물손해」라 합니다) 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

② 위 제1항의「운동경기」란 단체의 관리하에 참여하거나 진행하는 정규경기 또는 연습경기(훈련활동)을 포함합니다. 이하 같습니다)를 말합니다.

③ 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

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

가. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

나. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

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

라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

### 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 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 따라 가중된 배상책임

6. 피보험자의 고용인이 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장애(장해로 인한 사망을 포함합니다)로 인한 배상책임

7. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임

8. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임

9. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임

10. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임

11. 체육관, 운동장등 경기시설 구조상의 결함이나 관리의 불비(不備)로 인한 배상책임

12. 보험증권에 기재된 단체의 피보험자간에 발생한 배상책임

### 제5조(손해의 통지 및 조사)

④ 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 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

⑤ 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제3조(보험금의 지급사유) 제3항 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

### 제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

### 제7조(보험금의 지급절차)

④ 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 또한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지체된 날부터 지급일까지 「보험금을 지급할 때의 적립이율」(【별표42】참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지체된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

### 제8조(보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제3조(보험금의 지급사유) 제3항 제1호의 손해배상금 : 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제3조(보험금의 지급사유) 제3항 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제3조(보험금의 지급사유) 제3항 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액내에서 보상합니다.

### 제9조(의무보험과의 관계)

- ①회사는 이 약관에 의하여 보상해야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제10조(보험금의 분담)를 따릅니다.
- ②제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.
- ③피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다면 의무보험에서 보상하는 금액을 제1항의 "의무보험에서 보상하는 금액"으로 봅니다.

### 제10조(보험금의 분담)

- ① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

### 제11조(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 긴급 조치를 포함합니다)
  2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
  3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

②계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제3조(보험금의 지급사유)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였다면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

### 제12조(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 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우에 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 위 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

### 제13조(합의.절충.중재.소송의 협조.대행 등)

- ① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의.절충.중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
- ② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

**【보상책임을 지는 한도】** 동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.
  1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
  2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때
- ⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

### 제14조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서

아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

### 제15조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 해당 경기 종목의 프로연맹 또는 아마추어경기연맹(협회 포함)에 등록된 선수에 한합니다.

### 제16조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 노동조합활동중 상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「노동조합 활동중(전임임원인 경우 출퇴근을 포함합니다)에 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

### 제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 정하는 피보험자라 함은 전임 및 비전임을 묻지 않고 당해 조합의 정부위원장, 집행위원, 각분회위원장, 대의원을 말합니다.

### 제3조(조합활동의 범위)

제1조에서 말하는 노동조합 활동중이란 아래의 활동을 말합니다.

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

### 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항 외에 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 노동쟁의 활동중 폭력이나 파괴행위로 입은 상해(다만, 노동조합법 제2조의 정당행위인 경우에는 그러하지 않습니다)

### 제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 자동차경기단체 상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

④ 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「보험증권에 기재된 계약자의 관리하에 행하는 자동차 또는 모터사이클경기활동(이하 "자동차 경기활동"이라 합니다)에 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 자동차 경기활동중이란 아래에 열거한 내용을 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 위해계약자가 주관하는 교육을 받는 동안

### 제2조(피보험자의 범위)

- ④ 이 특별약관의 피보험자는 자동차경기에 참여하는 선수, 선수보조자, 심판 등 운영요원과 연습주행자, 경기참가 면허교육 참여자 등 자동차경기활동과 관련된 사람중 보험증권에 기재된 사람을 말합니다.
- ② 제1항의 피보험자는 회사가 객관적으로 확인할 수 있는 피보험자 명부에 기재된 사람에 한합니다.

### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제2항의 제2호에 정한 자동차 또는 오토바이에 의한 경기중 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.

### 제4조(보험가입금액)

피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다. 다만, 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각각 달리하여 가입하고자 할 경우에는 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

#### 제5조(피보험자 명부의 작성)

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

#### 제6조(예치보험료)

예치보험료는 계약체결일 이전 1개월 동안 발생된 평균 인원수 또는 계약체결일 이후 1개월 동안에 발생될 것으로 예상되는 평균인원수를 기초로 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

#### 제7조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

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

#### 제8조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

#### 제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 외국인산업기술연수자단체 상해사망후유장해 특별약관

#### 제1조(적용범위)

이 특별약관은 연수업체를 대표하여 중소기업협동조합중앙회를 계약자로 하고 연수업체에 소속된 외국인 산업기술 연수자를 피보험자로 하는 보험계약을 체결하는 것에 대하여 적용합니다.

#### 제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

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

#### 제3조(보험가입금액)

- ① 피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.
- ② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

#### 제4조(계약자)

이 특별약관에서의 계약자는 제2조의 연수업체를 대표하여 보험계약상의 모든 권리, 의무를 직접 또는 간접적으로 행사할 수 있어야 합니다.

#### 제5조(피보험자의 범위)

- ① 피보험자는 연수업체에 소속된 외국인 산업기술 연수자로 합니다.
- ② 이 보험계약이 성립된 후 연수업체를 무단으로 이탈하는 경우에 그 이탈시점부터 피보험자의 자격은 상실되며 그로 인한 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

#### 제6조(피보험자의 명부)

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

#### 제7조(피보험자의 신칭)

이 특별약관에서의 피보험자수는 이 보험계약에 부분된 총피보험자수로 하며 이를 기준으로 단체계약 특별약관의 유형에 따른 할인율을 적용합니다.

#### 제8조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체)

- ① 이 특별약관을 맺은 후 피보험자를 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
- ② 이 계약기간중 피보험자 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려드립니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하지 않습니다.

#### 제9조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

#### 제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 스카우트단체 상해사망후유장해 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
  1. 보험기간 중에 「보험증권에 기재된 스카우트 단체(한국보이스카우트연맹, 한국걸스카우트연맹 또는 이들 연맹의 산하단체인 지방연맹, 지구연합회 및 단위대를 말하며 이하 “단체”라 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동(이하 “단체활동”이라 합니다)중에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사

망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

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

② 제1항의 단체의 관리하란 아래의 경우를 말합니다.

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

### 제2조(보험가입금액)

피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정합니다.

### 제3조(피보험자의 범위)

- ① 피보험자는 한국보이스카우트연맹이나 한국걸스카우트연맹에 등록된 단체의 소속원을 말합니다.
- ② 이 계약이 성립된 후에 단체에 등록된 자는 그 등록시점부터 피보험자가 되며 소속을 이탈하는 경우에 그 이탈시점부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

### 제4조(피보험자의 명부)

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

### 제5조(보험료의 정산)

- ① 계약자는 보험기간중에 피보험자가 증감된 경우 보험기간만료일 이후 30일 이내에 그 증감내역을 서면으로 회사에 제출하여야 합니다.
- ② 제1항의 경우 회사는 증감자에 대하여 일단위로 보험료를 계산하여 계약을 체결할 때에 납입한 보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려드립니다.

### 제6조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

### 제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 스카우트단체지도자 상해사망후유장해 추가특별약관

### 제1조(피보험자의 범위)

회사는 보험증권에 기재된 스카우트단체의 지도자를 스카우트단체 상해사망후유장해 특별약관(이하“특별약관”이라 합니다) 제1조(보험금의 지급사유)의 피보험자로 합니다.

### 제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

## RCY단체 상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「보험증권에 기재된 RCY(청소년 적십자)단체(산하단체인지방연맹, 지구연합회 및 단위대를 말하며 이하 “단체”라고 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동(이하 “단체활동”이라 합니다)중에 발생한 상해”(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항의 “단체활동”이란 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

### 제2조(피보험자의 범위)

- ① 피보험자는 한국 청소년 적십자(RCY)에 등록된 단원 및 지도자를 말합니다.
- ② 이 계약이 성립된 후에 단체에 등록된 자는 그 등록시점부터 피보험자가 되며 소속을 이탈하는 경우에 그 이탈시점부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

### 제3조(피보험자의 명부)

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

### 제4조(보험가입금액)

피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정합니다.

### 제5조(보험료의 정산)

- ① 계약자는 보험기간 중에 피보험자가 증감된 경우 보험기간 만료일 이후 30일 이내에 그 증감내역을 서면으로 회사에 제출하여야 합니다.
- ② 제1항의 경우 회사는 증감자에 대하여 일단위로 보험료를 계산하여 계약을 체결할 때 납입한 보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려드립니다.

### 제6조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

### 제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 청소년단체 상해사망후유장해 특별약관

### 해양소년단단체 상해사망후유장해 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「해양소년단단체(한국해양소년단연맹 또는 이들 연맹의 산하단체인 지방연맹 및 지부를 말하며, 이하 “단체”라고 합니다)의 관리하에 행하는 단체활동(이하 “단체활동”이라 합니다)중에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항의 단체의 “관리하”란 아래의 경우를 말합니다.

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

#### 제2조(피보험자의 범위)

- ① 피보험자는 단체의 소속원으로 한국해양소년단연맹에 등록된 사람 및 지도자를 말합니다.
- ② 이 계약이 성립된 후에 단체에 등록된 자는 그 등록시점부터 피보험자가 되며 소속을 이탈하는 경우에 그 이탈시점부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

#### 제3조(보험가입금액)

피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정합니다.

#### 제4조(피보험자의 명부)

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

#### 제5조(보험료 정산)

- ① 계약자는 보험기간중에 피보험자가 증감된 경우 보험기간 만료일 이후 30일 이내에 그 증감내역을 서면으로 회사에 제출하여야 합니다.
- ② 제1항의 경우 회사는 증감자에 대하여 일단위로 보험료를 계산하여 계약을 체결할 때에 납입한 보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려 드립니다.

#### 제6조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

#### 제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「보험증권에 기재된 청소년 단체의 관리하에 행하는 단체활동(이하 “단체활동”이라 합니다)중에 발생한 상해」(이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항의 청소년 단체라 함은 청소년을 대원으로 하며 특수법인, 사단법인, 재단법인 또는 기타의 단체로써 보건복지부, 시·도 또는 기타의 행정 부·처에 등록(허가)된 단체 또는 이들 단체의 산하단체를 말합니다.

③ 제1항의 단체의 관리하란 아래의 경우를 말합니다.

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

#### 제2조(보험가입금액)

피보험자의 보험가입금액은 이 계약의 각 피보험자에 대하여 동일하게 하며 보험증권에 기재된 금액으로 합니다.(단, 대원과 지도자의 보험가입금액은 다르게 책정할 수 있습니다)

#### 제3조(피보험자의 범위)

- ① 피보험자는 보험증권에 기재된 단체에 등록된 대원 및 지도자를 말합니다.
- ② 이 계약이 성립된 후에 단체에 등록된 자는 그 등록시점부터 피보험자가 되며 소속을 이탈하는 경우에 그 이탈시점부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

#### 제4조(피보험자의 명부)

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

#### 제5조(보험료의 정산)

- ① 계약자는 보험기간중에 피보험자가 증감된 경우 보험기간만료일 이후 30일 이내에 그 증감내역을 서면으로 회사에 제출하여야 합니다.
- ② 제1항의 경우 회사는 증감자에 대하여 일단위로 보험료를 계산하여 계약을 체결할 때에 납입한 보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려드립니다.

#### 제6조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 교부합니다.

#### 제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 선원단체 상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제2항제3호에도 불구하고 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

### 제2조(피보험자의 범위)

피보험자는 보험증권에 기재된 선박에 고용계약에 따라 승선하는 모든 선원으로 합니다.

### 제3조(보험가입금액)

같은 직명에 속하는 각 피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정합니다.

### 제4조(통지의무)

- ① 보험기간 중 피보험자의 증감이 있을 때에는 계약자는 서면으로 증감자의 직명, 보험가입금액 및 증감의 년 월 일을 회사에 통지하여 승인을 받아야 합니다.
- ② 회사는 증감자에 대하여 일단위로 계산한 보험료를 받거나 돌려드립니다.
- ③ 계약자가 제1항 및 제2항을 위반하였을 때에는 회사는 직명에 따른 각 피보험자의 보험가입금액을 아래 산식에 따라 결정합니다.  
상해를 당한 각 피보험자의 약정보험가입금액×(증원전의 보험가입금액 합계/증원후의 보험가입금액 합계)

### 제5조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

### 제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 방송국출연진단체 상해사망후유장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
  1. 보험기간 중에 「보험증권에 기재된 방송국 관리하에 행하는 촬영활동(이하"촬영활동"이라 합니다)중에 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합

니다) : 사망보험금

2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
- ② 제1항의 방송국의 관리하란 아래의 경우를 말합니다.
  1. 촬영활동(예행연습을 포함합니다) 중
  2. 촬영활동 시작전 또는 종료후에 촬영장소에 있는 중
  3. 촬영활동을 위해 방송국이 지정한장소와 피보험자주소지와의 통상적인 경로 왕복도중

### 제2조(피보험자의 범위)

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

### 제3조(보험가입금액)

피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정합니다.

### 제4조(피보험자의 명부)

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

### 제5조(예치보험료)

예치보험료는 계약체결일 이전 1개월동안 1일 평균인원수에 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

### 제6조(보험료의 정산)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

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

### 제7조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

### 제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

한국방송공사(KBS) 휴직 특별약관

**제1조(피보험자의 범위)**

이 특별약관에서 피보험자는 한국방송공사(KBS)의 사내규정 중 요양비지원기준에서 정한 피보험자에 한합니다.

**제2조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입어 휴직하거나 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 휴직하는 경우에는 휴직기간 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 휴직보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 단, 상기에서 정한 상해 또는 질병으로 병원에 입원하여 휴직하는 경우에는 휴직기간 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 추가로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 휴직하던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 휴직일로부터 1년을 한도로 하여 제1항에서 정한 휴직보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항의 휴직이라 함은 이 특별약관 계약에 의해 회사의 보장개시일로부터 시작된 이후부터 시작된 휴직을 말하며 보장개시일 이전에 휴직을 시작하여 보장개시일 이후까지 계속된 휴직은 제외합니다.
- ④ 제1항의 휴직에 대한 사실확인인 한국방송공사(KBS)에서 발급한 자료에 따르며 해당 자료는 보험금 청구시 반드시 제출되어야 합니다.

**제3조(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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- 5. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**24시간상해 소득보상금 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태(이하 「후유장해」라 합니다)가 되었을 때에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 피보험자에게 지급합니다.

지급사유	소득보상금
100% 후유장해	보험가입금액의 100%

80%이상 100% 미만 후유장해	보험가입금액의 70%
50%이상 80% 미만 후유장해	보험가입금액의 35%

- ② 제1항의 소득보상금을 피보험자가 나누어 지급받고자 요청한 때에는 매년 사고발생 해당일에 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 나누어 지급합니다.
- ③ 50%이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.
- ④ 장해분류표에 기재되지 않은 후유장해에 대하여는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 소득보상금의 지급액을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않은 후유장해에 대하여는 소득보상금을 지급하지 않습니다.

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**업무중상해 소득보상금 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「업무중(통상적인 출퇴근은 업무중으로 봅니다)에 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태(이하 「후유장해」라 합니다)가 되었을 때에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 피보험자에게 지급합니다.

지급사유	소득보상금
100%후유장해	보험가입금액의 100%
80%이상 100%미만 후유장해	보험가입금액의 70%
50%이상 80%미만 후유장해	보험가입금액의 35%

- ② 제1항의 소득보상금을 피보험자가 나누어 지급받고자 요청한 때에는 매년 사고발생 해당일에 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 나누어 지급합니다.
- ③ 50% 이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.

**제2조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**교통상해 소득보상금 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「아래의 사고(이하 「교통사고」라 합니다)로 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태(이하 「후유장해」라 합니다)가 되었을 때에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 피보험자에게 지급합니다.



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

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

- ② 제1항의 소득보상금을 피보험자가 나누어 지급받고자 요청한 때에는 매년 사고발생 해당일에 보험개발원이 공시하는 월평균 정기에금이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 나누어 지급합니다.
- ③ 50% 이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.
- ④ 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 제1항에 정한 교통사고에서 제외합니다.
  1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승하고 있는 동안
  2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
  3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.           <ul style="list-style-type: none"> <li>㉠ 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일</li> <li>㉡ 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차,승합자동차,화물자동차,특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거</li> <li>㉢ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)</li> <li>㉣ 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 경우는 교통수단으로 보지 않습니다)</li> </ul> </li> </ul>

### 휴일교통상해 소득보상금 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일 포함) 또는 근로자의 날에 아래의 사고(이하 「휴일교통사고」라 합니다)로 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태(이하 「후유장해」라 합니다)가 되었을 때에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 피보험자에게 지급합니다.
  1. 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
  2. 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고

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

- ② 제1항의 소득보상금을 피보험자가 나누어 지급받고자 요청한 때에는 매년 사고발생 해당일에 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기에금이율'을 반영한 금액을 나누어 지급합니다.
- ③ 50% 이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.
- ④ 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 제1항에 정한 휴일교통사고에서 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

### 제2조(보장의 시기와 중지)

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

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.           <ul style="list-style-type: none"> <li>㉠ 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일</li> <li>㉡ 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차,승합자동차,화물자동차,특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거</li> <li>㉢ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)</li> <li>㉣ 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 경우는 교통수단으로 보지 않습니다)</li> </ul> </li> </ul>

### 미아찾기 지원금 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 미아상태에 놓이게 되어 관할경찰서에 신고한 시점부터 1개월이 지난 시점까지 미아상태가 계속된 경우 이 특별약관에 보험가입금액을 지급합니다.
- ② 제1항의 미아상태라 함은 길을 잃음 등으로 현재 보호되는 상태에서 벗어나 돌아올 수 없는 상태를 말하며 유괴, 납치로 인한 실종은 제외합니다.

### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

회사는 피보험자가 미야상태가 미야 신고후 1개월이상 계속될 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 미야찾기 지원금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의상속인)에게 지급합니다. 또한 미야 상태가 미야 신고후 3개월이상 계속될 경우 이 특별약관 보험가입금액의 2배에 해당하는 금액을 추가로 지급합니다.

### 제3조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 계약시점에서 만8세 이하의 어린이에 한합니다.

### 제4조(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. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 단순가출로 행방이 불명한 경우

### 제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 성폭력범죄 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 일상생활 중에 다음 각호에서 정하는 성폭력범죄에 의하여 피해가 발생(이하 「성폭력범죄피해의 발생」이라 합니다)하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

1. 형법 제32장 강간과 추행의 죄 중  
제297조(강간)  
제297조의2 (유사강간)  
제298조(강제추행)  
제299조(준강간, 준강제추행)  
제300조(미수범)  
제301조(강간등 상해·치상)  
제301조의2(강간등 살인·치사)  
제302조(미성년자등에 대한 간음)  
제303조(업무상위력등에 의한 간음)  
제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄
2. 형법 제339조(강도강간)의 죄

3. 성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법(이하 「성폭력특별법」이라 합니다)의 성폭력범죄 중  
제3조 특수강도강간 등  
제4조 특수강간 등  
제5조 친족관계에 의한 강간 등  
제6조 장애인에 대한 강간·강제추행 등  
제7조 13세미만의 미성년자에 대한 강간, 강제추행 등  
제8조 강간 등 상해·치상  
제9조 강간 등 살인·치사  
제10조 업무상 위력 등에 의한 추행  
제11조 공중밀집장소에서의 추행

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

#### <용어풀이>

##### 1. 공소제기

검사가 사법경찰관으로부터 송치받은 사건이나 직접 인지등으로 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

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관에 관계없이 그 원인의 직접·간접을 묻지 않고 아래의 성폭력범죄에 의하여 피해가 발생한 경우만을 보상하지 않습니다.

1. 계약자 및 피보험자의 고의에 의한 성폭력범죄
2. 보험수익자의 고의에 의한 성폭력범죄. 그러나 보험수익자가 두 사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상합니다.
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태중에 생긴 성폭력범죄

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 성폭력범죄상해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 일상생활 중에 다음 각호에서 정하는 성폭력범죄로 피해가 발생(이하 「성폭력범죄피해의 발생」이라 합니다)하여 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입었을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

1. 형법 제32장 강간과 추행의 죄 중

- 제297조(강간)
- 제297조의2 (유사강간)
- 제298조(강제추행)
- 제299조(준강간, 준강제추행)
- 제300조(미수범)
- 제301조(강간등 상해·치상)
- 제301조의2(강간등 살인·치사)
- 제302조(미성년자등에 대한 간음)
- 제303조(업무상위력등에 의한 간음)
- 제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄

- 2. 형법 제339조(강도강간)의 죄
- 3. 성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법(이하 「성폭력특별법」이라 합니다)의 성폭력범죄 중

- 제3조 특수강도강간 등
- 제4조 특수강간 등
- 제5조 친족관계에 의한 강간 등
- 제6조 장애인에 대한 강간·강제추행 등
- 제7조 13세미만의 미성년자에 대한 강간, 강제추행 등
- 제8조 강간 등 상해·치상
- 제9조 강간 등 살인·치사
- 제10조 업무상 위력 등에 의한 추행
- 제11조 공중밀집장소에서의 추행

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

**<용어풀이>**

- 1. 공소제기  
검사가 사법경찰관으로부터 송치받은 사건이나 직접 인지등으로 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

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 보통약관에 관계없이 그 원인의 직접·간접을 묻지 않고 아래의 성폭력범죄에 의하여 피해가 발생한 경우만을 보상하지 않습니다.

- 1. 계약자 및 피보험자의 고의에 의한 성폭력범죄
- 2. 보험수익자의 고의에 의한 성폭력범죄. 그러나 보험수익자가 두사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상합니다.
- 3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태중에 생긴 성폭력범죄

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**실업 특별약관**

**제1조(피보험자의 자격)**

이 특별약관에서 정하는 피보험자는 고용보험에 가입된 근로자로서 보험증권에 기재된 피보험자를 말합니다.

**제2조(보험금의 지급사유)**

- ① 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날(이하 「보장개시일」이라 합니다) 이후에 직업을 잃고 직업을 잃은 날(이하 「퇴직일」이라 합니다) 이후에 고용보험법에 의해 신규수급자의 자격을 인정받아 실업급여를 지급받은 경우에 회사는 보험증권에 기재된 금액을 실업보험금으로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 보험금의 지급사유는 신규수급자의 자격을 인정받아 실업급여를 지급받은 경우에 발생합니다.
- ③ 제1항에서 정한 신규수급자란 실업급여 수급자 중에서 최초로 실업급여를 받은 수급자를 말합니다.
- ④ 제1항의 경우 퇴직일은 보장개시일 이후에 발생한 최초의 퇴직일을 기준으로 하며, 보험계약일은 보험증권에 기재된 피보험자의 보험기간의 시작일자를 말합니다.
- ⑤ 제1항의 실업보험금은 피보험자가 신규수급자의 자격을 인정받은 때마다 지급합니다.
- ⑥ 제1항의 ( )일은 최대 180일을 한도로 적용합니다.

**제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 피보험자가 아래의 사유로 직업을 잃은 경우에는 위 제2조에서 정한 실업보험금을 지급하지 않습니다.

- 1. 직장을 스스로 그만 두었을 경우
- 2. 형법·직무관련법을 위반 또는 불법행위의행위를 이유로 금고이상의 형을 받고 해고된 경우
- 3. 공공형량, 회시기밀누설, 기물파괴, 허위서류작성 등으로 고용회사에 막대한 손실을 끼쳐 해고된 경우
- 4. 기타 고용보험법에 의해 실업급여를 지급받지 못한 경우

**제4조(보험금의 청구)**

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- 1. 보험금 청구서(회사양식)
- 2. 실업급여 수령 입증서류(고용보험 수급자격자증, 실업급여를 수령한 통장 사본 등)
- 3. 고용보험 피보험자격 상실 신고사실 통지서 또는 퇴직사유 및 퇴직일을 증명할 수 있는 서류
- 4. 그 밖의 필요한 증거자료

**제5조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 고용보험법을 따릅니다.

## 실업 특별약관의 보험계약 및 가입금액 자동전환 추가특별약관

### 제1조(적용 범위)

이 추가특별약관은 회사와 계약자간에 보험계약의 자동전환에 대하여 합의가 되었을 때에 적용합니다.

### 제2조(보험계약의 전환)

① 회사와 보험계약자가 실업 특별약관을 자동전환 하기로 약정한 경우, 피보험자가 보험기간 중에 실업 특별약관 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) 각호에서 정한 사유로 실업상태에 이르게 되면 별도의 의사표시가 없더라도 실업 특별약관은 ( ) 특별약관으로 자동 전환되는 것으로 합니다.

② 회사와 보험계약자간의 약정에 따라 이 보험계약이 자동 전환된 경우에는 회사는 보험증권을 계약자에게 드리지 않습니다.

### 제3조(전환 후 특별약관의 가입금액 설정)

보험계약의 전환 시 ( ) 특별약관의 보험료는 전환하기 전 실업 특별약관의 미경과보험료와 동액으로 하며, 전환 후 ( ) 특별약관의 가입금액은 전환하기 전 실업 특별약관의 미경과 기간에 대하여 일할로 계산된 보험료를 기초로 하여 산출합니다.

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 실업 특별약관(II)

### 제1조(피보험자의 자격)

이 특별약관에서 정하는 피보험자는 고용보험에 가입된 근로자로서 보험증권에 기재된 피보험자를 말합니다.

### 제2조(보험금의 지급사유)

① 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날(이하 「보장개시일」이라 합니다) 이후에 직업을 잃고 직업을 잃은 날(이하 「퇴직일」이라 합니다) 이후에 고용보험법에 의해 신규수급자의 자격을 인정받아 실업급여를 지급받은 경우에 회사는 보험증권에 기재된 금액을 실업보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제1항에서 보험금의 지급사유는 신규수급자의 자격을 인정받아 실업급여를 지급받은 경우에 발생합니다.

③ 제1항에서 정한 신규수급자란 실업급여 수급자 중에서 최초로 실업급여를 받은 수급자를 말합니다.

④ 제1항의 경우 퇴직일은 보장개시일 이후에 발생한 최초의 퇴직일을 기준으로 하며, 보험계약일은 보험증권에 기재된 피보험자의 보험기간의 시작일자를 말합니다.

⑤ 제1항의 실업보험금은 피보험자가 신규수급자의 자격을 인정받은 때마다 지급합니다.

⑥ 제1항의 ( )일은 최대 180일을 한도로 적용합니다.

### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 피보험자가 아래의 사유로 직업을 잃은 경우에는 위 제2조에서 정한 실업보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 회사는 피보험자의 고용보험자격 상실 사유가 정년퇴직 또는 계약기간만료 또는 공사종료에 해당하는 경우 고용보험법에 의한 신규수급자의 자격여부와 상관없이 실업보험금을 지급하지 않습니다.

### 제4조(보험금의 청구)

피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 실업급여 수령 입증서류(고용보험 수급자격자증, 실업급여를 수령한 통장 사본등)
3. 고용보험 피보험자격 상실 신고사실 통지서 또는 퇴직사유 및 퇴직일을 증명할 수 있는 서류
4. 그 밖의 필요한 증거자료

### 제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 고용보험법을 따릅니다.

## 자녀실종 특별약관

### 제1조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관에서 피보험자는 보험증권에 기재된 부양자의 자녀로서 부양자가 지명하여 보험증권에 기재된 자녀(이하 「피부양자녀」라 합니다)로 합니다.

② 이 특별약관에서 피부양자녀는 나이가 만 9세 미만의 자를 말합니다.

### 제2조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피부양자녀가 보험기간 중에 실종되는 사고(유괴, 납치, 행방불명 등을 포함합니다. 이하 「사고」라 합니다)가 발생하여 만3일이 지나도록 발견되지 않았을 때에는 이 특별약관의 보험 가입금액을 지급합니다.

### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1조(피보험자의 범위)의 사고가 보험증권에 기재된 피보험자의 고의적인 가출로 판명된 때에는 보상하지 않습니다.

### 제4조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 생긴 것을

안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알리고 아래의 서류를 빠른 시일 안에 제출하여야 합니다.

1. 실증신고서 사본
2. 그 밖에 필요한 증거자료 (일간지 광고사본 등)

#### 제5조(보상한도액)

회사가 이 특별약관에 의하여 지급할 보험금은 보험기간을 통하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 합니다.

#### 제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 휴학 특별약관

#### 제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 보험증권에 기재된 부양자의 자녀로서 부양자가 지명하여 보험증권에 기재된 자녀(이하 「피부양자녀」라 합니다)로 합니다.

#### 제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 대한민국내에서 중학교 또는 고등학교에 재학중인 피부양자녀가 보험기간 중에 진단확정된 질병이나 보험기간 중에 상해로 인하여 보험기간 중 휴학, 제적 및 중퇴를 하게 되는 경우에 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다. 그러나 사망으로 인한 휴학, 제적 및 중퇴는 보상하지 않습니다.
- ② 제1항의 "중학교 또는 고등학교"에는 초·중등 교육법에서 정한 공민학교, 고등공민학교, 고등기술학교는 포함되지 않으며, 정규학교와 유사한 교육과정을 설치 운영하는 학교로서 정규학교의 설립인가를 받지 못한 학교는 포함되지 않습니다.

제3조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 미숙아 육아비용 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

이 특별약관에서는 피보험자가 보험에 가입하여 5개월 이상이 지난 뒤에 피보험자 또는 피보험자의 배우자가 미숙아(출생시의 체중이 2.5kg이하인 신생아)를 출산하여 인큐베이터(조산아 보육기)를 사용했을 때에 그로 인해 발생한 손해를 최고 60일을 한도로 실제 사용일수에서 2일을 공제하고 인큐베이터 사용 1일당 보험증권에 기재된 일당액을 지급합니다.

#### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 학업보충비용 특별약관

#### 제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 보험증권에 기재된 부양자의 자녀로서 부양자가 지명하여 보험증권에 기재된 자녀(이하 「피부양자녀」라 합니다)로 합니다.

#### 제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 보험증권에 기재된 피부양자녀가 보험기간 중에 상해나 보험기간중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원에 보험기간 중에 입원하여 최초 입원일로부터 31일 이상 입원하는 경우에는 보험증권에 기재된 학업보충비용 보험가입금액을 지급합니다.
- ② 제1항의 경우 입원일수는 상해 또는 질병을 치료하기 위하여 입원한 기간을 말하며 퇴원 후 180일이 지난 이후에 재입원하는 경우에는 새로운 상해 또는 질병을 치료하기 위한 입원으로 간주합니다.

#### 제3조(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 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. 정상의 건강상태로서 아무런 객관적 징후가 없음에도 불구하고 행한 정규 또는 기타의 신체검사 및 의사가 불구로 진단한 경우를 제외한 검진 또는 X선 검사
7. 상해의 결과로 인한 경우를 제외한 미용 또는 성형수술
8. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상
9. 모든 정신질환 및 신경질환 또는 안정요법
10. 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 강력범죄 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 대한민국내에서 보험기간 중에 다음 각 호에서 정하는 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

1. 형법 제24장에서 정한 살인의 죄
  2. 형법 제25장에서 정한 상해와 폭행의 죄
  3. 형법 제32장에서 정한 강간과 추행의 죄 중 강간죄
  4. 형법 제38장에서 정한 절도와 강도의 죄 중 강도죄
  5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 「폭처법」이라 합니다)에 정한 폭력의 죄
- ② 제1항 제1호의 살인, 제2호의 상해와 폭행 및 제5호의 폭력 등으로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에는 사망하거나 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상합니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

아래의 사유로 생긴 손해에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 「폭처법」 제4조의 범죄단체를 구성 또는 가담함으로써 발생된 손해
2. 피보험자 및 수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생된 손해
4. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해
5. 지진, 분화, 해일, 풍수해 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 손해

**제3조(보험금의 청구)**

- ① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(보험금의 청구)의 구비서류 및 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 사건신고확인원(관할 경찰서장 발행)
  2. 의사진단서
- ② 회사는 필요한 경우에는 피보험자 또는 그와 세대를 같이하는 친족 등을 대상으로 사고 상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**강력범죄 특별약관II**

**제1조(보험금의 지급사유)** ① 회사는 피보험자가 대한민국내에서 보험기간 중에 다음 각 호에서 정하는 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

1. 형법 제24장에서 정한 살인의 죄
  2. 형법 제25장에서 정한 상해와 폭행의 죄
  3. 형법 제32장에서 정한 강간과 추행의 죄 중 강간죄
  4. 형법 제38장에서 정한 절도와 강도의 죄 중 강도죄
  5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 「폭처법」이라 합니다)에 정한 폭력의 죄
- ② 제1항 제1호의 살인, 제2호의 상해와 폭행 및 제5호의 폭력 등으로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에는 사망하거나 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상합니다.

- ③ 제1항의 「강력범죄에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생」이라 함은 피해자 신고나 제3자 신고, 고소, 고발 등을 경찰관이 접수하여 수사를 진행한 후 검사에 의해 공소제기 즉 기소된 경우(약식기소를 포함하며 기소유예는 포함하지 않습니다)를 말합니다.
- ④ 제1조 보험금의 지급사유는 제1항의 강력범죄로 인하여 검사에 의해 소년보호송치 처분을 받은 경우도 포함합니다.

<b>&lt;용어풀이&gt;</b>
<p>● <b>공소제기</b> 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</p> <p>● <b>약식기소</b> 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</p> <p>● <b>소년보호송치</b> 검사가 소년 범죄 사건에 대하여 보호 처분을 구하고자 피의자를 지방 법원 소년부에 보내는 경우 이를 소년보호(사건)송치라 함</p>

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)** 아래의 사유로 생긴 손해에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 「폭처법」 제4조의 범죄단체를 구성 또는 가담함으로써 발생된 손해
2. 피보험자 및 수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생된 손해
4. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해
5. 지진, 분화, 해일, 풍수해 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 손해

**제3조(보험금의 청구)** ① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(보험금의 청구)의 구비서류 및 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 사건신고확인원(관할 경찰서장 발행)
  2. 의사진단서
  3. 해당 강력범죄 사건과 관련하여 기소여부를 확인할 수 있는 서류
- ② 회사는 필요한 경우에는 피보험자 또는 그와 세대를 같이하는 친족 등을 대상으로 사고 상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

**제4조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**강력범죄 특별약관III**

**제1조(보험금의 지급사유)** ① 회사는 피보험자가 대한민국내에서 보험기간 중에 다음 각 호에서 정하는 강력범죄에 의하여 신체에 피해가 발생하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

1. 형법 제24장에서 정한 살인의 죄
  2. 형법 제25장에서 정한 상해와 폭행의 죄
  3. 형법 제32장에서 정한 강간과 추행의 죄 중 강간죄
  4. 형법 제38장에서 정한 절도와 강도의 죄 중 강도죄
  5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 「폭처법」이라 합니다)에 정한 폭력의 죄
- ② 제1항 제1호의 살인, 제2호의 상해와 폭행 및 제5호의 폭력 등으로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상합니다. 해당사항으로 피보험자가 사망한 경우에는 보상하지 않습니다.
- ③ 제1항의 「강력범죄에 의하여 신체에 피해가 발생」이라 함은 피해자 신고나 제3자 신고, 고소, 고발 등을 경찰관이 접수하여 수사를 진행한 후 검사에 의해 공소제기 즉 기소된 경우(약식기소를 포함하며 기소유예는 포함하지 않습니다)를 말합니다.
- ④ 제1조 보험금의 지급사유는 제1항의 강력범죄로 인하여 검사에 의해 소년보호송치 처분을 받은 경우도 포함합니다.

<용어풀이>
<p>● <b>공소제기</b> 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</p>
<p>● <b>약식기소</b> 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</p>
<p>● <b>소년보호송치</b> 검사가 소년 범죄 사건에 대하여 보호 처분을 구하고자 피의자를 지방 법원 소년부에 보내는 경우 이를 소년보호(사건)송치라 함</p>

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)** 아래의 사유로 생긴 손해에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 「폭처법」 제4조의 범죄단체를 구성 또는 가담함으로써 발생한 손해
2. 피보험자 및 수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
4. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해
5. 지진, 분화, 해일, 풍수해 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 손해

**제3조(보험금의 청구)** ① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(보험금의 청구)의 구비서류 및 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 사건신고확인원(관할 경찰서장 발행)
  2. 의사진단서
  3. 해당 강력범죄 사건과 관련하여 기소여부를 확인할 수 있는 서류
- ② 회사는 필요한 경우에는 피보험자 또는 그와 세대를 같이하는 친족 등을 대상으로 사고 상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

**제4조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 과로사 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 과중한 업무부담의 지속으로 인하여 업무를 하던 중(이하 “업무중”이라 합니다) 「과로사관련 질병 분류표」(「별표8」참조)에서 정하는 뇌혈관질환 내지 심질환의 급격한 발현 또는 악화로 돌연히 사망(이하 “돌연한 사망”이라 합니다)하게 된 경우에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 사망 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 말하는 “과중한 업무부담의 지속”이란 다음 각호의 하나 이상의 상태가 사망일 직전에 지속된 것을 말합니다.
  1. 직전 3일이상 연속적으로 일상업무보다 30%이상 업무량과 시간이 증가
  2. 월 50시간이상의 잔업
  3. 직전 1개월 내의 소정 휴일의 반이상의 출근 근무
  4. 직전 1개월 내의 10일이상의 지방출장 (격지에의 단신부임을 포함합니다)
  5. 직전 1주일 이내의 근무환경의 급격한 변화로 인정되는 전환배치
  6. 직전 24시간 이내의 일반인이 적응하기 어렵다고 여겨지는 근로의 수행
- ③ 제1항에 있어서 “업무중” 및 “돌연한 사망”이란 아래의 경우를 말합니다.
  1. 업무중이란 피보험자의 통상적인 근무장소(출장지를 포함합니다)에서 근무 중일 때와 그 근무장소로의 이동중인 교통수단 안에서 이동 중일 때 및 통상적인 거주지(출장지에서의 숙박장소 포함)에서의 수면중인 경우를 말합니다.
  2. 돌연한 사망이란 피보험자가 제1항에서 말하는 뇌혈관질환 내지 심질환에 의한 병변의 발증 내지 악화로 의식불명상태가 되고 그것을 직접원인으로하여 그날로부터 4주이내 사망(뇌사상태를 포함합니다)한 것을 말합니다.

#### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

#### 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 아래와 같은 경우에는 보상하지 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 언쟁등 업무와 관계없는 사건으로 사망한 때

#### 제4조(보험금의 청구)

- ① 계약자, 피보험자 또는 수익자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 구비서류 및 사고증명서(사망진단서, 사체검안서, 부검소견서, 발병진단서 등)를 제출하여야 합니다.
- ② 회사는 필요한 경우에는 피보험자, 그와 세대를 같이 하는 친족 또는 피보험자 근무회사의 임직원 등

을 대상으로 사고상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

#### 제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 과로사관련 특정질병사망 및 과로사관련 특정질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
  1. 보험기간 중에 과로사관련 특정질병(「과로사관련 특정질병 분류표」(【별표2】참조))으로 사망하였을 경우에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 사망보험금으로 지급합니다.
  2. 보험기간 중 진단확정된 과로사관련 특정질병(「과로사관련 특정질병 분류표」(【별표2】참조))으로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.
- ② 과로사관련 특정질병이라 함은 「과로사관련 특정질병 분류표」(【별표2】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

#### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 과로사관련 특정질병(「과로사관련 특정질병 분류표」(【별표2】참조))의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 과로사관련 특정질병(「과로사관련 특정질병 분류표」(【별표2】참조))의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑥ 같은 과로사관련 특정질병(「과로사관련 특정질병 분류표」(【별표2】참조))으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 다른 과로사관련 특정질병(「과로사관련 특정질병 분류표」(【별표2】참조))으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

#### 제3조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 강도손해 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자 또는 그와 세대를 같이하는 친족, 고용인, 고객 등이 보험증권에 기재된 보험의 목적물의 구내에서 제3자의 폭행 또는 협박에 의해 재물을 강취당함으로써 입은 손해가 발생한 경우 1사고당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 강도손해보험금으로 지급합니다.
- ② 제1항의 강도손해는 형법 제333조 내지 336조를 따르며, 이에 따른 사고는 형법 제337조 내지 제339조에 정한 강도행위에 의한 결과로 생긴 손해만을 말하며 단순한 절도행위(형법 제329조~332조)의 결과로 생긴 손해는 강도손해로 보지 않습니다.

#### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래와 같은 강도손해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인 또는 감수인이 저지르거나 가담한 강도손해
2. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변중에 생긴 강도손해
3. 지진, 분화, 해일, 풍수해 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 강도손해

#### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 도난손해 특별약관



### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험목적에 강도 또는 절도(그 미수를 포함합니다)로 인해 도난, 망가짐, 손상 및 파손된 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.
- ② 제1항에서 보험목적이라 함은 주택 내에서 가재와 보험증권의 귀중품명세서에 명시된 귀중품을 말합니다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

- 1. 보험계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 도난
- 2. 피보험자의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인 또는 감수인이 저지르거나 가담한 도난
- 3. 전쟁, 폭동, 소요 또는 이와 유사한 사변으로 생긴 도난
- 4. 화재나 지진, 분화, 해일, 폭발 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때 생긴 도난
- 5. 보험목적이 건물구내 밖에 있는 동안 생긴 도난
- 6. 보험목적이 들어있는 건물을 계속하여 72시간이상 비워둔 사이에 생긴 도난
- 7. 보험사고가 생긴 후 30일 이내에 알지 못한 도난

### 제3조(손해의 통지 및 조사)

- ① 보험의 목적에 손해가 생긴 경우 계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
- ③ 회사가 제1항에 대한 손해의 사실을 확인하기 어려운 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 필요한 증거자료의 제출을 요청할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 받은 때에는 사고가 생긴 건물 또는 그 구내와 거기에 들어있는 피보험자의 소유물을 조사할 수 있습니다.

### 제4조(보험금의 청구)

보험수익자) 또는 계약자가 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.

- 1. 보통약관 제7조(보험금의 청구)에 정한 서류
- 2. 경찰서장 발행 도난신고 확인원

### 제5조(지급보험금의 계산)

- ① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 제1항에 정한 손해에 대하여 1사고마다 보험증권에 기재된 보험가입금액한도내에서 아래에 따라 계산된 금액을 도난보험금으로 지급합니다.
  - 1. 보험가입금액이 보험가액의 80% 해당액과 같거나 클 때 : 보험가입금액을 한도로 손해액 전액. 그러나 보험가입금액이 보험가액보다 클 때에는 보험가액을 한도로 합니다.
  - 2. 보험가입금액이 보험가액의 80% 해당액보다 작을 때 : 보험가입금액을 한도로 합니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{보험가입금액}}{\text{보험가액의 80\% 해당액}}$$

② 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 클 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1인에 대한 보험금 청구를 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

- 1. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험가입금액의 합계액}}$$

- 2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

③ 하나의 보험가입금액으로 둘 이상의 보험의 목적을 계약하는 경우에는 전체가액에 대한 각 가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분하여 제1항 또는 제2항의 규정에 따라 지급보험금을 계산합니다.

### 제6조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 값을 손해액에서 뺍니다.

② 회사는 제1항의 손해방지 또는 경감에 소요된 필요 또는 유익한 비용(이하 「손해방지비용」이라 합니다)은 보험에 가입한 금액(이하「보험가입금액」이라 합니다)의 보험목적의 가액(이하 「보험가액」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 제5조(지급보험금의 계산)의 지급보험금 계산방법에 준하여 이를 보상합니다.

③ 회사는 제5조(지급보험금의 계산)의 지급보험금에 제2항의 손해방지비용을 합한 금액이 보험가입금액을 초과하더라도 이를 지급합니다.

### 제7조(손해액의 조사결정)

회사가 보상할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에 있어서의 보험가액에 따라 계산합니다.

### 제8조(현물보상)

회사는 손해의 일부 또는 전부에 대하여 재건축, 수리 또는 현물의 보상으로써 보험금의 지급에 갈음할 수 있습니다.

### 제9조(잔존물)

회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금을 지급하고 잔존물을 취득할 의사표시를 하는 경우에는 그 잔존물은 회사의 소유가 됩니다.

### 제10조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.

- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항에 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

**제11조(도난품의 귀속)**

회사가 도난보험금을 지급하였을 때에는 도난당한 보험목적에 대하여 보험금의 보험가액에 대한 비율로 소유권을 가집니다. 그러나 피보험자는 그 보험금에 해당하는 금액을 회사에 내고 그 도난품의 소유권을 차지할 수 있습니다.

**제12조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**의료사고 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 의료사고로 인하여 보험증권에 기재된 피보험자가 사망한 경우는 보험가입금액의 100%를, 피보험자의 신체에 영구적인 후유장애가 발생한 경우는 보험가입금액의 66.6%를, 그 이외의 의료사고의 경우는 보험가입금액의 33.3%를 지급합니다.
- ② 제1항의 의료사고는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간중에 의료법 제3조에 정한 의료기관(병원 또는 의원 등(한방병원 또는 한의원을 포함합니다))에서 의사의 진단에 따른 치료중 또는 그 치료의 직접결과로 발생한 것으로서 의사를 상대로 법원에 소를 제기하여 승소(전부 또는 일부 승소. 단, 조정, 화해, 인낙은 제외)한 경우를 말합니다.
- ③ 제1항의 의료사고라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원치않는 결과를 초칭하는 것으로 의료과오로 인한 것을 말합니다. 그러나 의료법 제3조에 정한 의료기관(병원 또는 의원)에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해는 의료사고로 보지 않습니다.
- ④ 제1항의 후유장애라 함은 「장해분류표」(「별표1」참조)의 각호에 해당하는 장해를 말합니다.

**제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- 1. 보험증권에 기재된 피보험자의 계약일 이전에 생긴 의료사고
- 2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 생긴 의료사고
- 3. 보험계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 의료사고

**제3조(보험금의 청구)**

보험계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- 1. 청구서(회사양식)
- 2. 사고증명서(법원의 접수증명원, 판결문사본, 병원 또는 의원의 진료확인서 등)
- 3. 그 밖에 필요한 자료(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**의료사고법률비용 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조에 정한 의료기관(병원 또는 의원 등(한방병원 또는 한의원을 포함합니다). 이하 같습니다)에서 의사의 진단에 따른 치료중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고 법률비용으로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간중에 의료법 제 3조에 정한 의료기관(병원 또는 의원)에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료후 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보상합니다.
- ③ 위 ①의 의료사고라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 초칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄하여 말합니다. 그러나 의료법 제 3조에 정한 의료기관(병원 또는 의원)에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해는 의료사고로 보지 않습니다.

**제2조(보험금의 분담)**

- ① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$\text{손해액} \times$	$\frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$
---------------------	--

- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

**제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)**

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

- 1. 보험증권에 기재된 피보험자에게 보험계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우

- 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 생긴 의료사고
- 계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 의료사고

#### 제4조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

- 보험금 청구서(회사양식)
- 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료확인서 등)
- 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

#### 제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 전화금융사기(보이스피싱) 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

- 회사는 보험기간 중에 피보험자가 전화금융사기로 금전상의 피해를 입고 관할경찰서에 신고한 경우에는 이 특별약관에 따라 피보험자에게 발생한 재산상 손해액의 ( )% 해당액을 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 보상합니다.
- 제1항의 전화금융사기(보이스피싱(Voice Phishing))라 함은 사기범이 전화로 사람을 기망하여 신용카드번호, 계좌번호, 신용카드 및 계좌의 비밀번호 등 개인정보를 수집하거나 직접 금전 송금(이체)을 요구하는 것을 말하며 재산상 손해액이라 함은 법원의 판결 또는 금융거래내역 등으로 입증 가능한 피해액에서 피해환급제도로 인한 피해환급금 등으로 보상받은 금액을 차감한 피보험자에게 발생한 실제 손해액을 말합니다.

#### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- 계약자 또는 피보험자의 고의로 생긴 손해
- 계약자 또는 피보험자가 미리 알고 있었거나 제3자와 공모 또는 단독으로 행한 범죄행위
- 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 피보험자와 세대를 같이하는 친족이나 고용인이 고의로 일으킨 손해
- 피보험자의 동거인 또는 집 지키는 사람, 가사도우미 또는 피보험자가 거주하는 주택의 상시거주자가 행한 범죄행위 또는 불성실행위
- 피보험자가 자발적으로 제3자에게 개인정보를 제공하거나 노출하여 발생한 손해
- 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 지진, 분화 또는 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해
- 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 인한 손해

- 제7호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해

**【핵연료물질】** 사용된 연료를 포함합니다.

**【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】** 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

#### 제3조(보험금의 청구)

보통약관 제7조(보험금의 청구)에도 불구하고 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

- 보험금 청구서 (회사 양식)
- 사고증명서 (수사기관의 피해신고 확인서 등)
- 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- 피해구제신청 시, 피해구제신청서 및 관련 첨부서류 및 금융기관의 피해환급금 입금 확인 서류
- 기타 피보험자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

#### 제4조(손해방지의무)

- 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
  - 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일
  - 피보험자는 피해 사실을 인지했을 때 즉시 계좌 지급 정지를 요청하는 일
  - 지급 정지 되어 계좌에 피해금이 남아있는 경우, 송금 또는 지급정지 금융회사에 피해구제신청서를 제출하는 일
- 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺏니다.
  - 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였다면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
  - 제1항 제2호 및 제3호의 경우에는 피해환급금을 받지 않아 증가된 손해

#### 제5조(보험금의 분담)

- 이 계약에서와 같은 위험을 담보하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상합니다.
- 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사는 위의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

#### 제6조(대위권)

- 회사는 보험금을 지급한 경우(현물보상한 경우를 포함합니다.)에는, 그 보험금의 한도 내에서 제3자에 대한 피보험자의 권리를 취득합니다. 다만 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.
- 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

#### 제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 출산비용 특별약관

#### 제1조(계약의 적용범위)

동 특별약관은 보통약관의 제18조(계약의 적용범위)의 단체구성원 중 보험계약일 기준으로 만15세~만49세의 여성만을 대상(연령의 계산은 주민등록기준)으로 적용합니다.

#### 제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 자녀를 출산한 경우 보험증권에 기재된 출산비용을 지급합니다.
- ② 출산은 임신·유산·사산 및 출산후 출생신고 전 사망의 경우는 포함하지 않습니다.
- ③ 출생아가 2명 이상인 다태아 출산의 경우에는 출생아의 인원에 관계없이 1회의 출산비용을 지급합니다.

#### 제3조(‘사산’ 및 ‘유산’의 정의)

사산	임신기간20주 이후 분만이전이나 분만 도중에 발생하는 태아사망
유산	해산기간이전(임신 20주 이전) 태아의 사망

#### 제4조(보험금 청구서류)

보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서 (회사 양식)
2. 피보험자 자녀의 출생신고서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

#### 제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 특별약관에 따라 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 출산비용을 지급한 때에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

#### 제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 본 특별약관의 해석에 반하지 않는 범위에서 보통약관을 따릅니다.

### 셋째자녀 출산비용 특별약관

#### 제1조(계약의 적용범위)

동 특별약관은 보통약관의 제18조(계약의 적용범위)의 단체구성원 중 보험계약일 기준으로 만15세~만49

세의 여성만을 대상(연령의 계산은 주민등록기준)으로 적용합니다.

#### 제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 3아를 출산한 경우 보험증권에 기재된 셋째자녀 출산비용을 지급합니다.
- ② 제1항에서의 3아 출산은 임신·유산·사산 및 3아 출산후 출생신고 전 사망의 경우는 포함하지 않습니다.

#### 제3조(‘사산’, ‘유산’ 및 ‘3아’의 정의)

사산	임신기간20주 이후 분만이전이나 분만 도중에 발생하는 태아사망
유산	해산기간이전(임신 20주 이전) 태아의 사망
3아	출생 신고하려는 출생아를 포함하여 피보험자가 현재까지 출산한 아이의 총수를 기준으로 출산순위를 산정하며, 현재까지 살아있는 아이와 죽은 아이를 모두 포함함(모가 재혼인 경우 전남편과의 사이에서 낳은 아이는 포함하고 재혼한 남편의 전처가 낳은 아이는 제외)

#### 제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서 (회사 양식)
2. 피보험자 자녀의 출생신고서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

#### 제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
- ② 회사가 이 특별약관에 따라 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 셋째자녀 출산비용을 지급한 때에는 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

#### 제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 본 특별약관의 해석에 반하지 않는 범위에서 보통약관을 따릅니다.

### 메신저금융사기(메신저피싱) 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 메신저금융사기(메신저피싱)로 금전상의 피해를 입어 관할경찰서에 신고하여 사기피해가 확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 피보험자에게 발생한 실제 금전손실액의 70% 해당액을 지급합니다.
- ② 제1항의 메신저금융사기(메신저피싱(Messenger Phishing))라 함은 사기범이 타인의 메신저 아이디를 도용하여 로그인한 뒤 등록된 지인에게 메시지를 보내 금전을 요구하는 것을 말하며, 실제 금전손실액이

라 함은 법원의 판결 또는 금융거래내역 등으로 입증 가능한 피보험자의 금전 손실액 원금을 말합니다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해
2. 계약자 또는 피보험자가 미리 알고 있었거나 제3자와 공모 또는 단독으로 행한 범죄행위
3. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 피보험자와 세대를 같이하는 친족이나 고용인이 고의로 일으킨 손해
4. 피보험자의 동거인 또는 집 지키는 사람, 가사도우미와 피보험자가 거주하는 주택에의 출입이 상시 가능한 사람이 행한 범죄행위 또는 불성실행위
5. 보험수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
6. 피보험자가 자발적으로 제3자에게 개인정보를 제공하거나 노출하여 발생한 손해
7. 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 지진, 분화 또는 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해
8. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 인한 손해
9. 제8호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해

**【핵연료물질】** 사용된 연료를 포함합니다.  
**【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】** 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

### 제3조(보험금의 분담)

- ① 이 계약에서와 같은 위험을 담보하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상합니다.
- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사는 위의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

### 제4조(대위권)

- ① 회사는 보험금을 지급한 경우(현물보상한 경우를 포함합니다.)에는, 그 보험금의 한도 내에서 제3자에 대한 피보험자의 권리를 취득합니다. 다만 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

### 제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 폭력피해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 대한민국내에서 보험기간 중에 다음 각 호에서 정하는 범죄에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.
  1. 형법 제25장에서 정한 상해와 폭행의 죄
  2. 형법 제38장에서 정한 절도와 강도의 죄 중 강도죄
  3. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 「폭처법」이라 합니다)에 정한 폭력의 죄
- ② 제1호의 상해와 폭행 및 제3호의 폭력 등으로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에는 사망하거나 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상합니다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

아래의 사유로 생긴 손해에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 「폭처법」 제4조의 범죄단체를 구성 또는 가담함으로써 발생한 손해
2. 피보험자 및 수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
4. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해
5. 지진, 분화, 해일, 풍수해 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 손해

### 제3조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(보험금의 청구)의 구비서류 및 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
  1. 사건신고확인원(관할 경찰서장 발행)
  2. 의사진단서
- ② 회사는 필요한 경우에는 피보험자 또는 그와 세대를 같이하는 친족 등을 대상으로 사고 상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 자녀양육비용 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험기간 중 피보험자 본인이 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에 정한 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 사망하거나 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 「후유장해」라 합니다)되어 「장해분류표」(【별표 1】참조)에서 정한 지급률 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우(이하 「사고」라 합니다)에는 이

특별약관에 따라 그 보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인에게 사고일로부터 5회에 걸쳐 매년 사고발생 해당일에 계약 당시 사망·고도후유장해 보험가입금액의 10%해당액을 자녀양육비용으로 지급하여 드립니다.

### 제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자 본인이라 함은 보험증권의 피보험자 본인란에 기재된 사람만을 말합니다.

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 국내연수 외국인 중대사고 구조송환비용 특별약관

**제1조(보험금의 지급사유)** ① 회사는 아래의 사유로 계약자, 피보험자 또는 피보험자의 법정상속인이 부담하는 비용을 이 특별약관에 따라 중대사고 구조송환비용 보험금으로 지급합니다.

1. 피보험자가 보험증권에 기재된 국내연수를 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지의 국내연수 중(이하 "국내연수 중"이라 합니다)에 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 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우 또는 14일이상 계속 입원한 경우(다른 의료기관으로 이전한 경우에는 이전에 소요된 기간을 입원중으로 봅니다. 다만, 그 이전에 대하여는 치료를 위하여 의사가 필요하다고 인정한 경우에 한합니다. 이하 같습니다.)

4. 질병을 직접 원인으로 하여 국내연수 중에 사망한 경우 또는 질병을 직접 원인으로 하여 14일이상 계속 입원한 경우. 다만, 입원에 대하여는 국내연수 중에 의사가 치료를 개시한 질병으로 인한 입원에 한합니다.

② 제1항 제1호의 산악등반 중 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.

③ 제1항의 국내연수란 외국 국적을 가진 자(또는 주거지가 국외인 내국인)가 교육기관, 연구소 및 기업체 등에 유학, 연수, 업무 및 이와 유사한 활동을 목적으로 국내에 체류하는 경우를 말합니다. 다만, 피보험자의 배우자 및 직계자녀로서 만19세까지의 자녀의 경우 피보험자가 국내연수 중인 경우 국내연수 중인 것으로 간주합니다.

④ 제1항 및 제2항의 피보험자의 법정상속인의 판단은 국내법을 따릅니다. 다만, 별도의 요청이 있는 경우 회사가 승낙하는 경우에 한하여 피보험자 국적의 해당 법을 따를 수 있습니다.

**제2조(중대사고 구조송환비용의 범위)** ① 회사가 보상하는 중대사고 구조송환비용의 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 2명분을 한도로 합니다.

#### 3. 숙박비

현지에서의 구원자의 숙박비를 말하며 구원자 2명분을 한도로 하여 1명당 14일분을 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. 제압비

구원자의 출입국 절차에 필요한 비용(여권인지대, 사증료, 예방접종료 등) 및 구원자 또는 피보험자가 현지에서 지출한 교통비, 통신비, 피보험자 유해처리비 등을 말하고 10만원을 한도로 합니다.

**제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)** 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 제1호 내지 제3호, 제5호에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

**제4조(보험금의 지급)** 회사는 제2조(중대사고 구조송환비용의 범위)의 비용 중 정당하다고 인정된 부분에 대해서만 보상하며, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 타인으로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 금액을 지급하지 않습니다.

**제5조(보험금의 분담)** 제1조(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 지급합니다.

**제6조(보상한도액)** 회사가 이 특별약관에 관하여 지급할 보험금은 보험기간을 통하여 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

**제7조(보험금의 청구)** 계약자, 피보험자, 보험수익자 또는 피보험자의 법정상속인이 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(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 2년 이내의 서류)

**제8조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 청소년유괴·납치·인질일당 특별약관

### 제1조(계약의 적용 범위)

이 특별약관은 「청소년기본법」 제3조(정의) 제1호 또는 「청소년보호법」 제2조(정의) 제1호에서 정한 청소년을 피보험자로 하여 계약을 체결하는 경우에 한하여 적용합니다.

### 제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 국내에서 타인에 의해 유괴, 납치, 불법감금 등으로 억류상태에 놓이게 되어 관할행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 경과한 시점까지 구출 또는 억류해제 되지 않은 경우 보험수익자에게 1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 지급합니다.
- ② 위 제1항에서 억류상태라 함은 아래와 같은 경우를 말합니다.
  1. 신체적으로 직접 구속하여 장소적으로 일정한 구획 밖으로 나가지 못하게 하는 것을 말합니다.
  2. 기만 또는 유혹의 수단이나 폭행 또는 협박을 수단으로 하여 현재 보호되고 있는 상태에서 벗어나게 하여 자기 또는 제3자의 실력지배하에 두는 것을 말합니다.
- ③ 위 제1항의 사고발생에 대해서는 관할행정기관에 신고 접수한 시점부터 1년 이내에 관할행정기관에 의해 유괴, 납치, 불법감금으로 판명되어야 사고로 인정합니다. 다만, 단순한 가출이나 실종으로 행방이 불명한 경우에는 보상하지 않습니다.

### 제3조(보험금의 지급)

회사는 이 특별약관에 따라 지급할 보험금은 사고발생 사실을 관할행정기관에 신고한 시점부터 피보험자가 구출 또는 억류 해제되거나 사망사실이 확인된 시점까지 일일 보험증권에 기재된 보험가입금액을 90일 한도로 지급합니다.

### 제4조(보험금의 회수)

회사는 보험금이 지급된 경우라도 보험계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의가 판명되었을 때에는 지급된 보험금을 회수합니다.

### 제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 휴업손해장해 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로서 상해 발생일로부터 90일 이내에 완전하고도 계속적으로 무능력하게 되어 직무에 종사할 수 없게 되었을 경우에는 그 기간에 대해 52주를 한도로 휴업손해보험금을 매주 해당요일에 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 무능력상태가 된 후 보험기간이 끝났을 경우에도 보험기간 끝나기 전 사고일로부터 52주를 한도로 휴업손해보험금을 보상합니다.

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

### - 지급률표 -

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

#### 가. 제거에 의한 상실

한 개 이상의 지골(趾骨) ----- 560,000원  
한 개 이상의 지골(指骨) ----- 420,000원  
(또는 최소한 한 개 이상의 지지골(指趾骨))

#### 나. 관절의 완전탈골

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

#### 다. 완전골절

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

- ④ 피보험자가 휴업손해보험금을 받는 기간중 다시 휴업손해보험금을 지급 받을 수 있는 상해를 입었을 지라도 회사는 휴업손해보험금을 중복하여 지급하지 않습니다.

## 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 일상생활배상책임 특별약관

**제1조(목적)** 이 특별약관은 계약자와 회사사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

**제2조(용어의 정의)** 이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

#### 1. 특별약관 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 피보험자: 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

#### 2. 보상 관련 용어

가. 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.

나. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 제8조(보험금 등의 지급한도)에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.

다. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.

라. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.

마. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

#### 3. 이자율 관련 용어

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

나. 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율: 보험개발원이 정기적으로 산출하여 공시하는 이율로서 회사가 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에 적용합니다.

#### 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.

## 제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자 본인(이하 "본인"이라 합니다) 및 그와 동거하는 배우자가 국내 외에서 아래에 열거한 사고(이하 "사고"라 합니다)로 타인의 신체의 장해 또는 재물의 손해(재물의 없어짐, 손상 및 망가짐을 말합니다)에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에

따라 보상합니다.

1. 피보험자가 주거용으로 사용하는 보험증권에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다) 또는 주택의 소유자인 피보험자가 주거를 허락한 자가 살고있는 보험증권에 기재된 주택의 소유, 사용, 관리로 인한 우연한 사고

2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)에 따른 우연한 사고  
② 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

③ 제2조 1항에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

④ 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금

2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

나. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

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

라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

## 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임

2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임

3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임

4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 보상하지 않습니다.

5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임

6. 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

7. 위 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해

8. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임

9. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임



10. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장애(장해로 인한 사망을 포함합니다)로 인한 배상책임
11. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
12. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
13. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
14. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
15. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수 작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
16. 폭력행위로 인한 배상책임

【**핵연료물질**】 사용된 연료를 포함합니다.  
 【**핵연료물질에 의하여 오염된 물질**】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

**제5조(손해의 통지 및 조사)**

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
  1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
  2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
  3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제3조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

**제6조(보험금의 청구)**

- 피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.
1. 보험금 청구서(회사양식)
  2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인인 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
  3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
  4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

**제7조(보험금의 지급절차)**

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지체된 날부

터 지급일까지 「보험금을 지급할 때의 적립이율」(【별표42】참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그 해당 기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

**제8조(보험금 등의 지급한도)**

- 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
1. 제3조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호의 손해배상금 : 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
  2. 제3조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
  3. 제3조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액내에서 보상합니다.

**제9조(의무보험과의 관계)**

- ① 회사는 이 약관에 의하여 보상해야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제10조(보험금의 부담)를 따릅니다.
- ② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.
- ③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다라면 의무보험에서 보상하는 금액을 제1항의 "의무보험에서 보상하는 금액"으로 봅니다.

**제10조(보험금의 부담)**

- ① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

**제11조(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 긴급 조치를 포함합니다)
  2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를

취하는 일

3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

②계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제3조(보험금의 지급 사유)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액

2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액

3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정예 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

### 제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 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 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류증거의 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 경우에 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

### 제13조(합의.절충.중재.소송의 협조.대행 등)

①회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의.절충.중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

②회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

**【보상책임을 지는 한도】** 동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

③회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때

2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

⑤회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가입료나 가입행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합

니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

### 제14조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권

2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

### 제15조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 골프중 배상책임 특별약관

**제1조(목적)** 이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

**제2조(용어의 정의)** 이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 특별약관 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 피보험자: 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

2. 보상 관련 용어

가. 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.

나. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 제8조(보험금 등의 지급한도)에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.

다. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.

라. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.

마. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

3. 이자율 관련 용어

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

나. 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율: 보험개발원이 정기적으로 산출하여 공시하는 이율로써 회사가 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에 적용합니다.

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.

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 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 타인의 신체 및 재물에 대한 법률상의 손해배상 책임을 부담함으로써 입을 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

② 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금

2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

나. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

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

라. 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임

2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임

3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임

4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임

5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임

6. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

7. 위 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해

8. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 손해배상책임

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제5조(손해의 통지 및 조사)

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

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고 상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명

2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우

3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제3조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)

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

3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류

4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지체된 날부터 지급일까지 「보험금을 지급할 때의 적립이율」(【별표42】참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제8조(보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제3조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호의 손해배상금 : 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.

2. 제3조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

3. 제3조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액내에서 보상합니다.

### 제9조(의무보험과의 관계)

①회사는 이 약관에 의하여 보상해야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제10조(보험금의 분담)를 따릅니다.

②제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

③피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다면 의무보험에서 보상하는 금액을 제1항의 "의무보험에서 보상하는 금액"으로 봅니다.

### 제10조(보험금의 분담)

① 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다.

$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$
--

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

### 제11조(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 긴급 조치를 포함합니다)

2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일

3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

②계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제3조(보험금의 지급사유)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액

2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액

3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정 에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

### 제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 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 없습니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 보험계약자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증인 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 경우에 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

### 제13조(합의,절충,중재,소송의 협조,대행 등)

①회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

②회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

<b>【보상책임을 지는 한도】</b> 동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.
---

③회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때

2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

⑤회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가입료나 가입행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

### 제14조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권

2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것 에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

#### 제15조(조사)

① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무 내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요구할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

#### 제16조(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.

#### 제17조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관(다만, 제32조 내지 제33조의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

### 가족종합 특별약관

#### 제1조(피보험자의 범위)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 보험증권에 기재된 피보험자 본인(이하 「본인」이라 합니다) 및 그의 가족을 보통약관(해당 특별약관을 포함합니다)에서의 피보험자로 합니다.

② 제1항의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 본인의 배우자(이하 「배우자」라 합니다.)
2. 본인의 부모 및 배우자의 부모
3. 본인의 자녀
4. 본인의 형제, 자매 및 배우자의 형제, 자매

③ 제2항의 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

#### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

### 상해사망후유장해 부보장 특별약관

#### 제1조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이 특별약관에 따라 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에 정한 사망보험금과 후유장해보험금을 보상하지 않습니다.

#### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 보험계약 자동전환 특별약관

#### 제1조(적용 범위)

이 특별약관은 회사와 계약자간에 보험계약의 자동전환에 대하여 합의가 되었을 때에 적용합니다.

#### 제2조(보험계약의 전환)

① 회사와 보험계약자가 피보험자의 특성에 따라 보험가입유형을 복수로 정하고 피보험자별로 그 특성에 따른 보험가입유형을 적용하기로 약정한 경우 보험기간 중에 피보험자의 특성변경시 별도의 의사표시가 없더라도 이 계약은 변경된 특성에 따른 보험가입유형으로 자동전환되는 것으로 합니다.

② 회사와 보험계약자간의 약정에 따라 이 보험계약이 자동전환된 경우에는 회사는 보험증권을 계약자에게 드리지 않습니다.

#### 제3조(보험료의 정산)

① 회사는 보험기간중 보험계약의 자동전환에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 각각의 보험가입유형의 보험기간에 대한 보험료는 일단위로 계산합니다.

② 보험기간이 끝난후 7일 이내에 회사는 보험계약이 자동전환된 날로부터 보험기간 만료일까지의 기간에 대하여 변경전 보험가입유형에 따라 산출한 보험료와 변경후 보험가입유형에 따라 산출한 보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 보험가입유형 및 가입금액 자동전환 특별약관

#### 제1조(적용 범위)

① 이 특별약관은 회사와 계약자간에 보험가입유형의 자동전환에 대하여 합의가 되었을 때에 적용합니다.

② 아래와 같은 사항이 발생할 경우 본 특별약관은 적용됩니다.

1. 취학전 아동이 취학하는 경우
2. 학생이 졸업, 취업, 퇴학조치 및 유사한 사유로 학생의 신분에서 벗어나는 경우
3. 근로자가 비근로자가 되는 경우

4. 비근로자가 근로자가 되는 경우

**제2조(보험가입유형의 전환)**

- ① 보험기간중 피보험자에게 제1조(적용 범위) 제2항 각호에서 정한 사유가 발생한 경우 별도의 의사표시가 없더라도 기존에 가입된 보험가입유형은 피보험자의 변동된 신분에 적합한 유형으로 자동 전환되는 것으로 합니다.
- ② 회사와 보험계약자간의 약정에 따라 보험가입유형이 자동 전환된 경우에는 회사는 보험증권을 계약자에게 드리지 않습니다.

**제3조(전환후 보험가입유형의 가입금액 설정)**

- ① 보험가입유형의 전환시 전환된 유형의 총보험료는 전환되기 전 가입된 유형의 미경과보험료와 동액으로 합니다.
- ② 전환후 유형의 각 특별약관의 보험료는 전환시점에 판매되고 있는 전환후 유형의 각 특별약관의 보험료 비율과 같이 설정합니다.
- ③ 전환후 유형의 각 특별약관의 가입금액은 제2항에서 결정된 보험료를 기준으로 설정합니다.

**제4조(자동전환후의 보험기간)**

보험가입유형 자동전환시 전환후 보험기간은 전환되기전 가입한 유형의 남은 보험기간으로 합니다.

**제5조(준용규정)**

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**<용어풀이>**

① 보험가입유형이란 가입자의 편의를 위하여 보장내용 및 가입금액을 미리 설정해 놓은 가입예시를 말합니다.

② 보험가입유형의 전환 예시 : 근로자가 비근로자가 되는 경우 기존의 근로자 가입유형은 비근로자 가입유형으로 전환됩니다.  
( 현행가입유형기준 예시입니다.)

근로자		비근로자	
보장내용	가입한도	보장내용	가입한도
실업보험금	5,000,000	7대질병수술비	10,000,000
7대질병수술비	10,000,000	여성3대암	10,000,000
여성3대암	10,000,000	상해사망후유장해	100,000,000
과로사	200,000,000	과로사	200,000,000

**상품다수구매자 보험계약 특별약관**

**제1조(적용범위)**

① 이 특별약관은 보통약관 제18조(계약의 적용범위), 제24조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 및 보험료정산 추가약관에도 불구하고, 상품판매자가 자기의 관리하에 운영·유지되는 상품의 다수구매자를 피

보험자로 하여 보험계약을 체결하는 경우에 적용합니다.

- ② 제1항의 상품의 다수구매자란 각종 재화, 용역 및 서비스의 구매자를 말합니다.
- ③ 제1항의 단체의 총 피보험자수는 100명 이상이어야 합니다.

**제2조(보험계약자)**

이 특별약관의 보험계약자는 제1조(적용범위)의 단체를 대표하여 보험계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다. 또한 계약의 일괄적인 관리가 가능하여야 합니다.

**제3조(보험가입금액)**

피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

**제4조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체)**

- ① 단체계약을 맺은 후 피보험자를 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 보험계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
- ② 이 계약기간 중 피보험자 감소의 경우는 해당 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며, 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려드립니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당피보험자에 대하여는 보상하지 않습니다.

**제5조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

**상품다수구매자 보험료정산 추가특별약관**

**제1조(보험료의 정산)**

이 추가특별약관은 상품다수구매자 보험계약 특별약관 제4조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.

**제2조(보험가입금액)**

상품다수구매자 보험계약 특별약관 제3조(보험가입금액)의 규정에 관계없이 보험계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

**제3조(피보험자의 통지)**

① 계약자는 피보험자의 증감이 있을 경우 아래에 정한 양식으로 회사에 서면(팩시밀리)를 포함합니다) 통지하여야 합니다.

피보험자명	주민등록번호	주 소	전화번호	상품구입일	날 인

② 회사의 보장은 제1항의 통지가 회사에 접수되는 시점으로 하며 우편통지시 그 통지가 지연된 경우에는 우체국 소인이 찍힌 날로부터 3일이 지나면 회사에 접수된 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자가 자기의 재화, 용역 및 서비스를 판매한 날짜 및 시간이 입력된 M/T 등 전자자료를 회사에 제공할 수 있을 경우에는 다음 어느 하나의 기간단위로 피보험자 증감내역을 통보합니다.

- 매주 , 매월 , 기타  ( )

#### 제4조(보험료 정산기간)

보험계약자는 다음 중 어느 하나의 것으로 보험료를 정산하기로 약정하고, 이 기간을 보험료정산기간(이하 「정산기간」이라 합니다)이라 합니다.

- 보험계약 기간중  
매월 , 매6개월 , 기타  ( )
- 보험기간 종료후

#### 제5조(예치보험료)

보험계약자는 제4조(보험료 정산기간)의 매 정산기간이 시작될 때마다 정산기간동안의 예상피보험자수에 정해진 보험요율을 적용하여 산출한 보험료(이하 「예치보험료」라 합니다)를 회사에 납입하여야 합니다.

#### 제6조(보험료의 정산방법)

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

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

③ 회사는 제3조(피보험자의 통지)에 의해 통지된 내용에 따라 정산기간 동안의 실제보험료를 산출한 후 매 정산기간 종료 후 7일 이내에 제5조(예치보험료)의 예치보험료와의 차액을 받거나 돌려드립니다.

④ 회사는 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상합니다. 다만, 제3조(피보험자의 통지)의 피보험자 통지가 이루어진 경우에 한합니다.

#### 제7조(보험기간의 설정)

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

#### 제8조(적용특칙)

회사는 보험계약자에게만 보험증권을 드립니다.

#### 제9조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 특별약관, 보통약관 및 해당특별약관을 따릅니다.

### 상품다수구매자 보험료정산 추가특별약관II

#### 제1조(적용범위)

이 상품다수구매자 보험료정산 추가특별약관II(이하 “추가특별약관”이라 합니다)는 피보험자별로 분류된 보험요율을 적용하는 특별약관을 첨부하여 보험계약을 체결하는 경우에 적용합니다.

#### 제2조(보험료의 정산)

회사는 상품다수구매자 보험계약 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다) 제4조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.

#### 제3조(보험가입금액)

특별약관 제3조(보험가입금액)의 규정에 관계없이 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에는 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

#### 제4조(피보험자의 통지)

① 계약자는 피보험자의 증감이 있을 경우 아래에 정한 양식으로 회사에 서면(팩시밀리)를 포함합니다) 통지하여야 합니다.

피보험자명	주민등록번호	주 소	전화번호	상품구입일	날 인

② 회사의 보장은 제1항의 통지가 회사에 접수되는 시점으로 하면 우편통지시 그 통지가 지연된 경우에는 우체국 소인이 찍힌 날로부터 3일이 지나면 회사에 접수된 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자가 자기의 재화, 용역 및 서비스를 판매한 날짜 및 시간이 입력된 M/T 등 전자자료를 회사에 제공할 수 있을 경우에는 다음 어느 하나의 기간단위로 피보험자 증감내역을 통보합니다.

- 매주 , 매월 , 기타  ( )

#### 제5조(보험료 정산기간)

보험계약자는 다음 중 어느 하나의 것으로 보험료를 정산하기로 약정하고, 이 기간을 보험료정산기간(이하 「정산기간」이라 합니다)이라 합니다.

- 보험계약 기간중  
매월 , 매6개월 , 기타  ( )
- 보험기간 종료후

#### 제6조(예치보험료)

① 보험계약자는 제5조(보험료 정산기간)의 매 정산기간이 시작될 때마다 정산기간동안의 예상피보험자수에 피보험자별로 분류된 보험요율중 다수의 피보험자에게 적용할 수 있는 임의의 보험요율(이하 「대표요율」라 합니다)을 적용하여 산출한 보험료(이하 「예치보험료」라 합니다)를 회사에 납입하여야 합니다.

② 제1항의 피보험자별로 분류된 보험요율이라 함은 피보험자의 직업위험등급별, 나이별 등에 따라 구분되어 있는 보험요율을 말합니다.

#### 제7조(보험료의 정산방법)

- ① 보험계약자는 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출하여야 합니다.
- ② 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 보험계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제4조(피보험자의 통지)에 의해 통지된 내용에 따라 정산기간 동안의 실제보험료(이하 「정산보험료」라 합니다)를 산출한 후 매 정산기간 종료후 7일 이내에 제6조(예치보험료)의 예치보험료와의 차액을 받거나 돌려드립니다.
- ④ 회사는 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상합니다. 다만, 제4조(피보험자의 통지)의 피보험자 통지가 이루어진 경우에 한합니다.

**제8조(대표요율 적용시 보험료의 정산방법)**

회사는 제6조(예치보험료)의 예치보험료와 제7조(보험료의 정산방법) 제3항의 정산보험료 산출시 대표요율을 적용한 경우에는 보험기간종료후 피보험자별 보험요율을 적용하여 산출한 보험기간동안의 실제보험료(이하 「연간보험료」)를 산출한후 보험기간종료후 7일 이내에 이 연간보험료와 보험기간동안의 정산보험료의 합계액과의 차액을 받거나 돌려드립니다.

**제9조(보험기간의 설정)**

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

**제10조(적용특칙)**

회사는 보험계약자에게만 보험증권을 드립니다.

**제11조(준용규정)**

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당특별약관을 따릅니다.

**보험기간 설정에 관한 특별약관**

**제1조(적용범위)**

이 특별약관은 보통약관 제24조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고, 새로이 증가되는 피보험자의 보험기간을 정하는 경우에 적용합니다.

**제2조(보험기간)**

이 특별약관에 따라 계약기간중에 새로이 증가된 피보험자의 보험기간은 계약자가 요청하는 기간으로 합니다.

**제3조(보험료의 납입)**

- ① 계약자는 새로이 증가된 피보험자에 대하여 일단위로 계산된 추가보험료를 납입하여야 합니다.
- ② 새로이 증가된 피보험자의 보험기간이 시작된 후라도 다른 약정이 없으면 추가 보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

**제4조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**적용환율 특별약관**

**제1조(보험료 적용기준)**

회사는 보험료를 원화로 영수 또는 환급할 때에는 청약일 또는 배서일의 하나은행 1차고시 전신환 대고객매도율로 환산한 원화로 합니다.

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

**제2조(보험금 지급기준)**

보험금은 지급일의 하나은행 1차고시 전신환 대고객매도율로 환산한 원화 또는 ( )화에 해당하는 외환증서로 지급합니다.

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**( )보험금만의 지급 특별약관**

**제1조(보험금의 지급사유)**

회사는 ( )약관에 관계없이 ( )보험금만을 지급합니다.

**【예시】**  
**제1조(보험금의 지급사유)**  
 회사는 보통약관에 관계없이 후유장해보험금만을 지급합니다.

**제2조(준용규정)**

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 ( )약관을 따릅니다.

**보험료 자동이체 특별약관**

**제1조(보험료납입)**

계약자는 제2회 이후의 보험료부터 이 특별약관에 따라 계약자의 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.



### 제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료납입 해당일에도 불구하고 회사와 보험계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

### 제3조(계약후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 보험료분납 특별약관

### 제1조(보험료의 분납)

- ①이 특별약관에 따라 계약자는 이 계약의 보험료를 분할하여 납입할 수 있습니다.
- ②납입기일 및 매회 납입하여야 할 보험료는 보험증권에 기재된 바를 따릅니다.

### 제2조(보험료의 납입)

- ①계약자는 계약을 체결할 때에 제1회 보험료를 납입하고 제2회 이후 보험료는 보험증권에 기재된 납입 기일까지 납입하여야 합니다.
- ②보험기간이 시작된 후라도 제1항의 제1회 보험료를 납입하기 전에 생긴 사고는 보상하여 드리지 않습니다.
- ③보험기간동안 이 계약의 보험요율이 변경된 경우라도 이 특별약관에 따라 납입하는 보험료는 변경적용하지 않습니다. 다만, 보통약관 및 특별약관의 상해보험계약 후 알릴 의무에 따라 보험료가 변경된 경우에는 예외로 합니다.

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 지정대리청구서비스 특별약관

### 제1조(적용대상)

이 특별약관은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

### 제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

- ① 이 특별약관은 계약자의 청약(講約)과 회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다.
- ② 제1조(적용대상)의 계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

### 제3조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정(제4조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1에 해당하여야 합니다.
  1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
  2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

### 제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

### 제5조(보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

### 제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

### 제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

## 가사사용인 단체계약 특별약관

### 제1조(적용범위)

이 특별약관은 보통약관 제18조(계약의 적용범위), 제24조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 에도 불구하고, 다음 조건에 해당하는 계약(이하 '단체계약'이라 합니다)에 대하여 적용합니다.

- ④ 보험계약자 및 피보험자는 다음의 단체에 소속되어야 합니다.  
가사사용인단체 : 가사사용인의 고용에 관한 주요 사항을 정한 방문동거자의 고용관리에 관한 규정 (노동부장관 고시, 이하 '방문동거자 고용관리규정'이라 합니다)에 따라 노동부를 통하여 표준근로(고용)계약을 체결하는 가사사용인 및 가사사용인의 사용자를 소속원으로 하는 단체
- ⑤ 보험계약자는 단체의 대표자 또는 단체의 소속원으로 방문동거자 고용관리규정에 따라 노동부의 취업알선을 통하여 가사사용인과 표준근로(고용)계약을 체결한 가사사용인의 사용자로 합니다.
- ⑥ 피보험자는 방문동거자 고용관리규정에 따라 노동부에서 관리하는 가사사용인 취업자 명단에 포함되어 있어야 합니다.
- ⑦ 회사는 가사사용인과 가사사용인의 사용자를 관리하는 노동부와와 업무제휴 협정을 통해 단체계약의 체결 및 관리에 필요한 사항에 대하여 협조를 구할 수 있습니다.
- ⑧ 단체계약의 보험기간은 1년으로 합니다. 단, 추가, 일부해지 또는 교체되는 피보험자의 경우에는 제3조를 적용합니다.

#### 제2조(보험가입금액)

- ① 피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.
- ② 보험계약자가 피보험자의 보험가입금액을 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다. 단, 노동부에서 정한 기준 이상인 경우에 한합니다.

#### 제3조(피보험자의 추가, 일부 해지 또는 교체)

- ① 단체계약을 맺은후 피보험자를 추가, 일부 해지 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
- ② 이 계약기간중 일부 피보험자 해지의 경우에는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 추가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 보험계약자가 요청하는 기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려드립니다.

#### 제4조(보험증권의 발급)

- ① 회사는 보험계약자에게 보험증권을 드리고, 그 약관의 주요한 내용을 알려드립니다.
- ② 보험계약자의 요청이 있을 경우 개별 피보험자에게는 가입증명서를 발급하여 드릴 수 있습니다.

#### 제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당특별약관을 따릅니다.

### 단체 포괄계약 특별약관

#### 제1조(적용범위)

- ① 이 단체 포괄계약 특별약관(이하 "특별약관"이라 합니다)은 보통약관 제18조(계약의 적용범위)의 제1항에 정한 단체로서 동일한 성격을 갖는 둘 이상의 단체가 모여 공동으로 보험계약을 체결하는 경우에

적용합니다.

- ② 제1항의 경우 총피보험자수는 5명 이상이어야 합니다.

#### 제2조(계약자)

이 특별약관에서의 계약자는 제1조(적용범위)의 단체를 대표하여 보험계약상의 모든 권리, 의무를 직접 또는 간접적으로 행사할 수 있어야 합니다.

#### 제3조(피보험자수의 산정)

이 특별약관에서의 피보험자수는 이 보험계약에 부보된 총 피보험자수로 하며 이를 기준으로 단체계약의 유형에 따른 할인율을 적용합니다.

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

### 연수업체 포괄계약 특별약관

#### 제1조(적용범위)

- ① 이 연수업체 포괄계약 특별약관(이하 "특별약관"이라합니다)은 보통약관 제18조(계약의 적용범위)의 제1항에 정한 단체중의 연수업체가 연수자를 피보험자로 하여 보험계약을 체결하는 경우에 적용합니다.
- ② 제1항의 경우 동일한 성격을 갖는 둘 이상의 연수업체가 모여 공동으로 보험계약을 체결할 수 있습니다. 단, 총피보험자수는 5명 이상이어야 합니다.

#### 제2조(계약자)

이 특별약관에서의 계약자는 제1조(적용범위)의 단체를 대표하여 보험계약상의 모든 권리, 의무를 직접 또는 간접적으로 행사할 수 있어야 합니다.

#### 제3조(피보험자의 명부)

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

#### 제4조(피보험자의 산정)

이 특별약관에서의 피보험자수는 이 보험계약에 가입된 총피보험자수로 하며 이를 기준으로 단체계약의 유형에 따른 할인율을 적용합니다.

#### 제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

### 단체피보험자 지위유지 특별약관

#### 제1조(피보험자 지위의 유지)

④ 피보험자가 피보험단체에서 탈퇴하더라도 회사는 보통약관 제23조(계약내용의 변경 등)에도 불구하고 피보험자의 지위를 이 보험의 종기까지 연장합니다. 다만, 사망으로 인한 퇴직 등 지위유지가 불가능한 경우에는 제외합니다.

- ⑤ 이 특별약관은 아래의 조건을 모두 충족하는 경우에 한하여 적용합니다.
1. 피보험단체는 보통약관 제18조(계약의 적용범위) 제1항 제1호에 해당하는 단체이어야 합니다.
  2. 보험종기까지 잔여기간에 대한 보험료를 계약자가 모두 부담하여야 합니다.

### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 단체피보험자 지위유지 보험료정산 추가특별약관

### 제1조(보험료의 정산)

- ① 회사는 보통약관 제24조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고 이 추가약관에 따라 보험료를 정산합니다.
- ② 회사는 보통약관 제24조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제3항과 관계없이 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상합니다.

### 제2조(피보험자의 명부)

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

### 제3조(예치 보험료)

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

### 제4조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자수의 증감(단, 피보험자가 피보험단체에서 단체피보험자로서 지위를 유지한 경우를 제외함)을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10일까지 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 제1호에 의한 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

### 제5조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당특별약관을 따릅니다.

## 장애인전용보험전환 특별약관

### 제1조(적용범위)

④ 이 특별약관은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약(講約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 「소득세법」 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

#### 「소득세법」 제59조의4(특별세액공제)

- ① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.
1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
  2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

#### 「소득세법 시행령」 제118조의4(보험료의 세액공제)

- ① 법 제59조의4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.
- ② 법 제59조의4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.
1. 생명보험
  2. 상해보험
  3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
  4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
  5. 「군인공제회법」, 「한국국직직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
  6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

#### 「소득세법 시행규칙」 제61조의3(공제대상보험료의 범위)

영 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령」 제107조(장애인의 범위) 제1항에서 규정한 장애인인 보험

**「소득세법 시행령」 제107조(장애인의 범위)에서 규정한 장애인**

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

**「소득세법 시행규칙」 제54조(장애아동의 범위)**

영 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

**[이 특별약관을 적용할 수 없는 사례]**

1. 전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우  
⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
2. 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우  
⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
3. 전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우  
⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 보험수익자 지정이 필요합니다.

- ② 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조(장애인전용보험으로의 전환) 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다.
- ④ 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

**제2조(제출서류)**

- ① 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙」 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본(이하 "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
- ③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항 따라 회사에 제출할 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

- ④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

**제3조(장애인전용보험으로의 전환)**

- ① 회사는 이 특별약관이 부가된 전환대상계약을 「소득세법」 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.

**[예시]** 2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2019.1.15.~2019.5.31.)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019.6.1.~2019.12.31.) 납입된 보험료만 2019년 특별세액공제 대상이 됩니다.

- ③ 제2항에도 불구하고, "전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우" 또는 "전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우"에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않습니다.

**[예시]** 2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나

1. 2019년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않으며 「소득세법」에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.
2. 2020년 6월 1일에 전환을 취소한 경우, 2020년 1월부터 5월까지 납입된 보험료만 2020년 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되고 해당금액은 「소득세법」에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액으로 종합소득산출세액에서 공제됩니다.

- ④ 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을 다시 부가할 수 없습니다.

**제4조(전환 취소)**

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

**제5조(준용규정)**

- ① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 「소득세법」 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 「소득세법」 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

## 【별첨】질병사망 및 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관(개인용)

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된 보험가입금액을 약정한 보험금으로 지급합니다.

1. 보험기간 중에 질병으로 사망하였을 경우 : 사망보험금
2. 보험기간 중 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금

### 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

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

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

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

**제3조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 【별표1】장해분류표

### □ 총칙

#### 1. 장해의 정의

- 1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

#### 2. 신체부위

'신체부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위로 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

#### 3. 기타

- 1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동

장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

㉔ **장애분류별 판정기준**

**1. 눈의 장애**

**가. 장애의 분류**

장애의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

**나. 장애판정기준**

- 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- '한 눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.
- '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)<sup>주1)</sup>, 안전수지(Finger Counting)<sup>주2)</sup> 상태를 포함한다.
  - ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
  - 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
  - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
  - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우

- '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- '뚜렷한 시야 장애'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹液) 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.
- '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

**2. 귀의 장애**

**가. 장애의 분류**

장애의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10

**나. 장애판정기준**

- 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB: decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- '심한 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- '약간의 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만

3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력 검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

#### 다. 귓바퀴의 결손

- 1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
- 2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

#### 라. 평형기능의 장애

- 1) '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
  - 가) 뇌영상검사(CT, MRI)
  - 나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

### 3. 코의 장애

#### 가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

#### 나. 장애판정기준

- 1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전 손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

### 4. 씹어먹거나 말하는 장애

#### 가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

#### 나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
  - 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
  - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
  - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
  - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
  - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태

- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
  - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
  - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
  - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
  - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
  - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
  - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
  - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계 없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

## 5. 외모의 추상(추한 모습)장애

### 가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

### 나. 장애판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장애'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

### 다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
  - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
  - 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
  - 다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
  - 라) 코의 1/2 이상 결손
- 2) 머리
  - 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
  - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
  - 가) 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

### 라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
  - 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
  - 나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
  - 다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
  - 라) 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
  - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손



나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm<sup>2</sup>, 1/4 크기는 20cm<sup>2</sup>), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm<sup>2</sup>, 1/4 크기는 12cm<sup>2</sup>), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm<sup>2</sup>, 1/4 크기는 6cm<sup>2</sup>)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
  - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
  - 나) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
  - 다) 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기형증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
  - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
  - 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정된 상태
- 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
  - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
  - 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정된 상태
  - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
  - 라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장애
 

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
  - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
  - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
  - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
  - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
  - 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나)척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상 일 때

- 12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

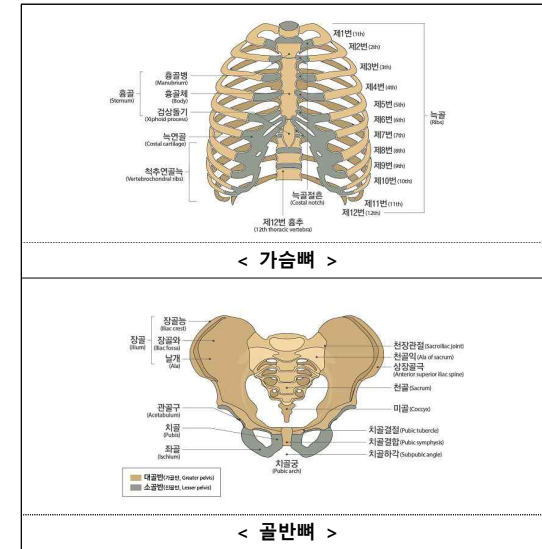
## 7. 체간골의 장애

### 가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

### 나. 장애판정기준

- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
  - 가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm이상 분리된 부정유합 상태
  - 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
  - 다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



## 8. 팔의 장애

### 가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

### 나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문

에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.

- 3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
  - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
  - 나) 관절기능장해를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
  - 가) 완전 강직(관절굳음)
  - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
  - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
  - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
  - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
  - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
  - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poon)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
  - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
  - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) '가관절<sup>주)</sup>이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
  - ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 12) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된

각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

### 다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

## 9. 다리의 장애

### 가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

### 나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
  - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
  - 나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준

으로 평가한다.

- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
  - 가) 완전 강직(관절굳음)
  - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
  - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
  - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
  - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
  - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
  - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
  - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
  - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
  - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
  - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
  - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절<sup>주)</sup>이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
  - ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

#### 다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

- 2) 1하지(다리과 발가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

### 10. 손가락의 장애

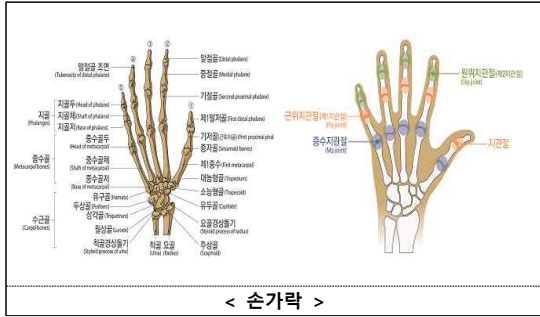
#### 가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

#### 나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의

운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



## 11. 발가락의 장해

### 가. 장해의 분류

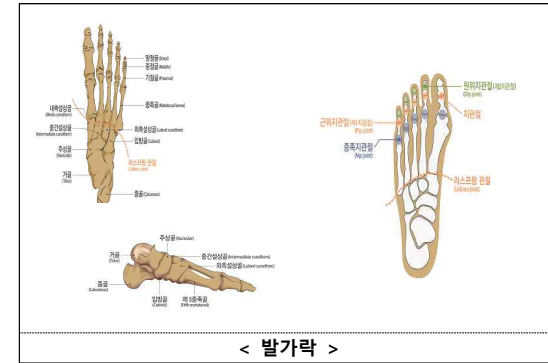
장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

### 나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말

한다.

- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



## 12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

### 가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

### 나. 장해의 판정기준

- 1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를

말한다.

- 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
- 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생 토록 받아야 할 때
- 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
  - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
  - 나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
  - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
  - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
  - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
  - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
  - 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
  - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
  - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
  - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
  - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
  - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
  - 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

### 13. 신경계.정신행동 장애

#### 가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매: CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매: CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

#### 나. 장애판정기준

##### 1) 신경계

- 가) '신경계에 장애를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.  
그러나 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기 간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

##### 2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.

- 다) '정신행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강 의학과 의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) '정신행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강 의학과 의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) '정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강 의학과 의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' <sup>(주)</sup> 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
  - ※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉞ 적절한 음식섭취, ㉟ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㊱ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㊲ 규칙적인 통원 약물 복용, ㊳ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㊴ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
- 바) '정신행동에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강 의학과 의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) '정신행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강 의학과 의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
  - 아) 지속적인 정신건강의학과 의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
  - 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상 심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
  - 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
  - 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌 파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
  - 타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
  - 파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

### 3) 치매

- 가) "치매"라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한 번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
- 다) 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

### 4) 뇌전증(간질)

- 가) '뇌전증(간질)'이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- 나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
  - 다) '심한 간질 발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
  - 라) '뚜렷한 간질 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
  - 마) '약간의 간질 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
  - 바) '중증발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
  - 사) '경증발작'이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%)</li> <li>- 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%)</li> <li>- 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%)</li> <li>- 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)</li> </ul>
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위위관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%)</li> <li>- 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%)</li> <li>- 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%)</li> <li>- 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)</li> </ul>
배변·배뇨	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%)</li> <li>- 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태(15%)</li> <li>- 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%)</li> <li>- 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)</li> </ul>
목욕	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%)</li> <li>- 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%)</li> <li>- 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)</li> </ul>
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%)</li> <li>- 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%)</li> <li>- 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)</li> </ul>

【별표2】과로사관련 특정질병 분류표

④ 약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 과로사관련 특정질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 과로사관련 특정질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 바이러스간염	B15-B19
2. 고혈압성 심장병	I11
3. 고혈압성 심장 및 신장병	I13
4. 급성 심근경색증	I21
5. 협심증	I20
6. 지주막하출혈	I60
7. 뇌내출혈	I61
8. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
9. 뇌경색증	I63
10. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
11. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
12. 고혈압성 뇌병증	I67.4
13. 고혈압성 망막병증	H35.02
14. 간의 질환	K70-K77

※ 간의 질환(K70-K77)에는 거대세포바이러스간염(B25.1+) 및 특소포자충간염(B58.1+)이 포함되어 있음

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 과로사관련 특정질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.(단, 분류번호 K70-K77에 해당하는 간질환중 간암에 대해서는 보장하지 않습니다)

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.



**【별표3】악성신생물(암) 분류표**

① 약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 암(악성신생물) 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40-C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43-C44
6. 종피성 및 연조직의 악성 신생물	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69-C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73-C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76-C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81-C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증	D45
17. 골수형성이상증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【유의사항】**

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【별표4】제자리신생물 분류표**

④ 약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리암(제자리신생물) 해당 여부를 판단합니다.

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

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 제자리암(제자리신생물) 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

②진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【유의사항】**

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【별표5】21대질병 분류표**

④ 약관에 규정하는 21대질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016. 1. 1. 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 21대질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병		분류코드
당뇨병 질환	1. 1형 당뇨병	E10
	2. 2형 당뇨병	E11
	3. 영양실조-관련 당뇨병	E12
	4. 기타 명시된 당뇨병	E13
	5. 상세불명의 당뇨병	E14
	6. 당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	7. 당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	8. 당뇨병성 백내장	H28.0
	9. 당뇨병성 망막병증	H36.0
	10. 당뇨병성 관절병증	M14.2
	11. 당뇨병에서의 사구체장애	N08.3
심장질환	1. 급성 류마티스열	I00-I02
	2. 만성 류마티스심장질환	I05-I09
	3. 허혈심장질환	I20-I25
	4. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26-I28
	5. 기타 형태의 심장병	I30-I52
고혈압 질환	1. 본태성(원발성) 고혈압	I10
	2. 고혈압성 심장병	I11
	3. 고혈압성 신장병	I12
	4. 고혈압성 심장 및 신장병	I13
	5. 이차성 고혈압	I15
	6. 고혈압성 뇌병증	I67.4
	7. 고혈압성 망막병증	H35.02
뇌혈관질환	1. 출산손상으로 인한 두개내 열상 및 출혈	P10
	2. 태아 및 신생아의 두개내 비외상성 출혈	P52
	3. 뇌혈관질환	I60-I69
간질환	1. 바이러스간염	B15-B19
	2. 간의 질환	K70-K77
위·십이지장 궤양	1. 위궤양	K25
	2. 십이지장궤양	K26
	3. 상세불명부위의 소화성궤양	K27

갑상선 질환	1. 갑상선의 장애 2. 처치후 갑상선기능저하증 방사선조사후 갑상선기능저하증 수술후 갑상선기능저하증	E00~E07 E89.0
동맥경화증	1. 죽상경화증	I70
만성 하부호흡기 질환	1. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	2. 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
	3. 상세불명의 만성 기관지염	J42
	4. 천식	J45
	5. 천식지속상태	J46
폐렴	1. 달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	2. 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	3. 인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	4. 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	5. 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	6. 달리 분류된 질환에서의 폐렴 [B25.0* : 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)] [B05.2* : 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)] [B01.2* : 수두폐렴(J17.1*)] [B58.3* : 폐특소포자충증(J17.3*)]	B25.0+ B05.2* B01.2* B58.3*
	7. 상세불명 병원체의 폐렴	J18
	8. 재향군인병	A48.1
	9. 폐렴이 합병된 홍역	B05.2
관절염	1. 감염성 관절병증	M00~M03
	2. 염증성 다발관절병증 [J99.0* : 류마티스폐질환(M05.1*)]	M05~M14 J99.0*
	3. 관절증	M15~M19
	4. 기타 관절장애	M20~M25
백내장	1. 노년백내장	H25
	2. 기타 백내장	H26
	3. 수정체의 기타 장애	H27
녹내장	1. 녹내장	H40
	2. 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42

결핵	1. 결핵 [M01.1* : 결핵관절염(A18.01*)] [M49.0* : 척추의 결핵(A18.00*)] [M90.0* : 뼈의 결핵(A18.02*)] [N33.0* : 결핵성 방광염(A18.11*)] [N74.0* : 자궁경부의 결핵감염(A18.15*)] [N74.1* : 여성 결핵성 골반염증질환(A18.16*)] [K67.3* : 결핵성 복막염(A18.30*)] [K93.0* : 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*)]	A15~A19 M01.1* M49.0* M90.0* N33.0* N74.0* N74.1* K67.3* K93.0*
	2. 결핵의 후유증	B90
신부전	1. 신부전	N17~N19
생식기 질환	1. 남성 생식기관의 질환 [A59.01+ : 편모충성 전립선염(N51.0*)] [A18.13+ : 전립선의 결핵(N51.0*)] [A18.14+ : 기타 남성생식기관의 결핵(N51.-*)] [B26.0+ : 불거리고환염(N51.1*)]	N40~N45, N47~N51 A59.01+ A18.13+ A18.14+ B26.0+
	2. 여성 골반내 기관의 염증성 질환 [A18.15+ : 자궁경부의 결핵(N74.0*)] [A18.16+ : 결핵성 여성골반염증질환(N74.1*)]	N70~N77 A18.15+ A18.16+
	3. 여성 생식기관 비염증성 장애 (습관유산자, 여성 불임, 인공 수정과 관련된 합병증 제외)	N80~N95
	4. 달리 분류되지 않은 비요생식계통의 처치후 장애	N99
담석증	1. 담석증	K80
사타구니탈장	1. 사타구니탈장	K40
편도염	1. 편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
축농증	1. 만성 부비동염	J32
치핵	1. 치질 포함. 산후기 중 치핵(O87.2), 및 임신 중 치핵(O22.4) 제외	K64

※ 당뇨병(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은「한국표준질병사인분류」를 참고)

※ 심장질환-기타 형태의 심장병(I30-I52)에는 칸디다심내막염(B37.6+) 및 수막구균성 심장병(A39.5+)이 포함되어 있음

※ 간질환-간의 질환(K70-K77)에는 거대세포바이러스간염(B25.1+) 및 특소포자충간염(B58.1+)이 포함되어 있음

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 21대질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표6】교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서**

1. 도로교통법 제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원 등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 도로교통법 제13조제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단,유턴 또는 후진한 경우
3. 도로교통법 제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 도로교통법 제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 도로교통법 제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제43조, 건설기계관리법 제26조 또는 도로교통법 제96조의 규정에 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 않거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 도로교통법 제44조 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 도로교통법 제13조제1항을 위반하여 보도(歩道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우
12. 「도로교통법」 제39조제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

▶ 상기와 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

**【별표7】식중독 분류표**

④ 약관에 규정하는 식중독으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 식중독 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 기타 살모넬라감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장감염	A04
4. 달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장질환	A07
7. 바이러스성 및 기타 명시된 장감염	A08
8. 해산물로 섭취한 유해물질의 독성효과	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독성효과	T62

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 식중독 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표8】과로사관련 질병 분류표**

④ 약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환 내지 심질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 내지 심질환 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 고혈압성 심장병	I11
2. 고혈압성 심장 및 신장병	I13
3. 급성 심근경색증	I21
4. 협심증	I20
5. 지주막하출혈	I60
6. 뇌내출혈	I61
7. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
8. 뇌경색증	I63
9. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
10. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
11. 고혈압성 뇌병증	I67.4
12. 고혈압성 망막병증	H35.02

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 내지 심질환 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표9】3대암 분류표**

① 약관에 규정하는 3대암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 3대암 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 위의 악성 신생물	C16
2. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
3. 담낭의 악성 신생물	C23
4. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
5. 기관의 악성 신생물	C33
6. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 3대암 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【유의사항】**

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【별표10】여성특정암 분류표**

① 약관에 규정하는 여성특정암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 여성특정암 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 악성 신생물	C50
2. 외음의 악성 신생물	C51
3. 질의 악성 신생물	C52
4. 자궁경부의 악성 신생물	C53
5. 자궁체부의 악성 신생물	C54
6. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
7. 난소의 악성 신생물	C56
8. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
9. 태반의 악성 신생물	C58

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 여성특정암 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【유의사항】**

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【별표11】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표**

④ 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 경계성종양 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 경계성종양 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【유의사항】**

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【별표12】뇌졸중 분류표**

④ 약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌졸중 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 출산손상으로 인한 두개내 열상 및 출혈	P10
2. 태아 및 신생아의 두개내 비외상성 출혈	P52
3. 지주막하출혈	I60
4. 뇌내출혈	I61
5. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
6. 뇌경색증	I63
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
8. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌졸중 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표13】급성심근경색증 분류표**

④ 약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표14】수술 분류표**

수 술 종 류	
피부·유방의 수술 (皮膚,乳房의 手術)	1. 피부이식수술(植皮術) (25cm <sup>2</sup> 미만은 제외함) 2. 유방절단술(乳房切斷術)
근골의 수술 (筋骨의手術) [발정술(拔釘術)은 제외함]	3. 골이식술(骨移植術) 4. 골수염 골결핵 수술(骨髓炎骨結核手術) [농양(膿瘍)의 단순한 절개는 제외함] 5. 두개골 관혈수술(頭蓋骨 觀血手術) [비골(코뼈) 비중격(鼻骨 鼻中隔)은 제외함] 6. 비골(코뼈) 관혈수술(鼻骨 觀血手術)[비중격만곡증수술(鼻中隔灣曲症手術)은 제외함] 7. 상악골(위턱뼈) 하악골(아래턱뼈) 악관절 관혈수술(위턱뼈, 아래턱뼈, 顎關節 觀血手術)[치.치육(齒.齒肉)의 처치에 수반하는 것은 제외함] 8. 척추 골반 관혈수술(脊椎 骨盤 觀血手術) 9. 쇄골 견갑골(어깨뼈) 늑골(갈비뼈) 흉골(복장뼈) 관혈수술(鎖骨 肩胛骨 肋骨胸骨觀血手術) 10. 사지절단술(팔,다리切斷術) [손가락, 발가락은 제외함] 11. 절단사지재접합술(切斷팔,다리再接合術) [골,관절(骨,關節)의 이단(離斷)에 수반하는 것] 12. 사지골(팔다리뼈) 사지관절 관혈수술 (팔,다리骨 팔,다리關節 觀血手術) [손가락, 발가락은 제외함] 13. 근,건(힘줄),인대,관혈수술(筋建 靱帶 觀血手術) [손가락, 발가락은 제외함. 근염 결절종 점액종수술(筋炎 結切腫 粘液腫手術)은 제외함]
호흡기,흉부의 수술 (呼吸器, 가슴의手術)	14. 만성부비강염근본수술(慢性副鼻腔炎根本手術) 15. 후두전절제술(喉頭全切除術) 16. 기관 기관지 폐 흉막수술(氣管 氣管支 肺 胸膜手術) [개흉술(開胸術)을 수반하는 것] 17. 흉곽형성술(胸廓形成術) 18. 종격중앙적출술(縱隔腫瘍摘出術)
순환기,비의수술 (循環器,脾의 手術)	19. 관혈적혈관 형성술(觀血의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)





	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 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] 82. 기타의 악성신생물(암)수술(惡性新生物手術)
상기이외의 수술 (上記 以外の 手術)	83. 상기이외의 개두술(開頭術) 84. 상기이외의 개흉술(開胸術) 85. 상기이외의 개복술(開腹術) 86. 충격파(衝擊波)에 의한 체내결석파쇄술(體內結石破碎術) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
상기이외의 수술 (上記 以外の 手術)	87. Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter에 의한 뇌후 두 흉부 복부 장기수술(腦喉頭  가슴  搬藏器手術) [검사 처치는 포함하지 않음. 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
신생물근치 방사선조사 (新生物根治 放射線照射)	88. 신생물근치 방사선조사(新生物根治 放射線照射) [5,000Rad 이상의 조사(照射)로 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]

**【비고】**

- 치료를 직접목적으로 한 수술  
미용정형상의 수술, 질병을 직접원인으로 하지 않은 불임수술, 진단 검사[생검, 복강경 검사(生檢, 腹腔鏡檢査)등]를 위한 수술 등은 「치료를 직접적인 목적으로 한 수술」에 해당 되지 않습니다.

**【별표15】골절 분류표**

약관에 규정하는 골절로 분류되는 손상은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 사고를 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

- ▶ 제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 손상 이외에 약관에 해당하는 손상이 있는 경우에는 그 손상도 포함하는 것으로 합니다.

**【별표16】소아 3대암 분류표**

④ 약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 소아 3대암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 소아 3대암 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 뇌막의 악성 신생물	C70.0
2. 뇌의 악성 신생물	C71
3. 기타 및 상세불명의 뇌신경의 악성 신생물	C72.5
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 중복병변의 악성 신생물	C72.8
5. 상세불명의 중추신경계통의 악성 신생물	C72.9
6. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81-C96

※ 위의 C70.0, C72.5, C72.8, C72.9는 뇌암은 아니나 민원발생의 소지가 많으므로 대상에 포함시키는 것으로 함

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 소아 3대암 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【유의사항】**

한국표준질병-사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【별표17】특정전염병 분류표**

④ 약관에 규정하는 특정전염병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정전염병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 콜레라	A00
2. 장티푸스	A01.0
3. 파타티푸스	A01.1-A01.4
4. 상세불명의 시겔라증	A03.9
5. 장출혈성 대장균감염	A04.3
6. 급성 A형간염	B15
7. 파상풍	A33-A35
8. 디프테리아	A36
9. 백일해	A37
10. 급성 회색질척수염	A80
11. 일본뇌염	A83.0
12. 홍역	B05
13. 풍진	B06
14. 볼거리	B26
15. 탄저병	A22
16. 브루셀라병	A23
17. 렙토스피라병	A27
18. 성홍열	A38
19. 수막구균수막염(G01*)	A39.0
20. 기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
21. 재향군인병, 비폐렴성 재향군인병[폰티액]	A48.1-A48.2
22. 발진티푸스	A75
23. 광견병	A82
24. 신장증후군을 동반한 출혈열	A98.5
25. 말라리아	B50-B54

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정전염병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표18】화상 분류표**

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 손상은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 손상을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

제8차 개정이후 한국표준질병.사인분류에 있어서 상기 손상 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 손상이 있는 경우에는 그 손상도 포함하는 것으로 합니다.

**【별표19】여성3대암 분류표**

① 약관에 규정하는 여성3대암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 여성3대암 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 위의 악성 신생물	C16
2. 유방의 악성 신생물	C50
3. 자궁경부의 악성 신생물	C53
4. 자궁체부의 악성 신생물	C54
5. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
6. 난소의 악성 신생물	C56
7. 태반의 악성 신생물	C58

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 여성3대암 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【유의사항】**

한국표준질병.사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【별표20】뇌출혈 분류표**

④ 약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌출혈 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 출산손상으로 인한 두개내 열상 및 출혈	P10
2. 태아 및 신생아의 두개내 비외상성 출혈	P52
3. 지주막하출혈	I60
4. 뇌내출혈	I61
5. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌출혈 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표21】누적외상성질환(VDT증후군) 분류표**

④ 약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 누적외상성질환(VDT증후군)으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 누적외상성질환(VDT증후군) 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 근육 장애	M60-M63
2. 윤활막 및 힘줄장애	M65-M68
3. 결합조직의 기타 전신침범	M35
4. 기타 연조직장애	M70-M79
5. 기타 관절연골장애, 인대장애	M24.1, M24.2
6. 관절통, 달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.5, M25.6
7. 경추상완증후군	M53.1
8. 팔의 단일신경병증	G56

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 누적외상성질환(VDT증후군) 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표23】마라톤관련 특정질병 분류표**

① 약관에 규정하는 한국표준질병 사인 분류에 있어서 마라톤활동관련으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 마라톤활동관련으로 분류되는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병		분류번호
▷ 급성심근경색증	1. 급성 심근경색증 2. 후속심근경색증 3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증 4. 기타 급성 허혈심장질환	I21 I22 I23 I24
▷ 뇌출혈, 뇌경색	1. 지주막하출혈 2. 뇌내출혈 3. 기타 비외상성 두개내출혈 4. 뇌경색증	I60 I61 I62 I63
▷ 열사병 및 일사병 등		T67.0-T67.7
▷ 저체온증		T68

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 마라톤활동관련으로 분류되는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표25】심장관련질병 분류표**

④ 약관에 규정하는 심장관련질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 심장관련질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 급성 류마티스열	I00-I02
2. 만성 류마티스심장질환	I05-I09
3. 허혈심장질환	I20-I25
4. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26-I28
5. 기타 형태의 심장병	I30-I52

※ 기타 형태의 심장병(I30-I52)에는 칸디다심내막염(B37.6+) 및 수막구균성 심장병(A39.5+)이 포함되어 있음

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 심장관련질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표26】뇌혈관질환 분류표**

④ 약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 출산손상으로 인한 두개내 열상 및 출혈	P10
2. 태아 및 신생아의 두개내 비외상성 출혈	P52
3. 지주막하출혈	I60
4. 뇌내출혈	I61
5. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
6. 뇌경색증	I63
7. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
8. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
9. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
10. 기타 뇌혈관질환	I67
11. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
12. 뇌혈관질환의 후유증	I69

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표27】고혈압성질환 분류표**

④ 약관에 규정하는 고혈압성질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 고혈압성질환 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 본태성(원발성) 고혈압	I10
2. 고혈압성 심장병	I11
3. 고혈압성 신장병	I12
4. 고혈압성 심장 및 신장병	I13
5. 이차성 고혈압	I15
6. 고혈압성 뇌병증	I67.4
7. 고혈압성 망막병증	H35.02

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 고혈압성질환 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표28】부인과질병 분류표**

④ 약관에 규정하는 부인과질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 부인과질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 제자리신생물	D00-D09
2. 양성 신생물	D10-D36
3. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37-D44,
4. 유방의 장애	D47.0, D47.2
5. 여성골반내기관의 염증성 질환	D47.7, D47.9
6. 여성생식관의 비염증성 장애	D48
7. (습관적 유산자 제외)	N60-N64
8. (여성불임 제외)	N70-N77
9. (인공수정과 관련된 합병증 제외)	N80-N95

※ 여성골반내기관의 염증성 질환(N70-N77)에는 자궁경부의 결핵(A18.15+) 및 결핵성 여성골반염증질환(A18.16+)이 포함되어 있음

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 부인과질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표29】산재장애 분류표**

**제1급**

1. 두 눈이 실명된 사람
2. 말하는 기능과 음식을 씹는 기능을 모두 영구적으로 완전히 잃은 사람
3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 항상 간병을 받아야 하는 사람
4. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장애가 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

**제2급**

1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.02이하로 된 사람
2. 두 눈의 시력이 각각 0.02이하로 된 사람
3. 두 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람
4. 두 다리를 발목관절이상에서 잃은 사람
5. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 수시로 간병을 받아야 하는 사람
6. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 수시로 간병을 받아야 하는 사람

**제3급**

1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.06이하로 된 사람
2. 말하는 기능 또는 음식을 씹는 기능을 영구적으로 완전히 잃은 사람
3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람
4. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람
5. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람

**제4급**

1. 두 눈의 시력이 각각 0.06이하로 된 사람
2. 말하는 기능과 음식을 씹는 기능에 뚜렷한 장애가 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

**제5급**

1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.1이하로 된 사람
2. 한 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람
3. 한 다리를 발목관절이상에서 잃은 사람
4. 한 팔을 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람

- 한 다리를 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람
- 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람
- 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람
- 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람

#### 제6급

- 두 눈의 시력이 각각 0.1이하로 된 사람
- 말하는 기능 또는 음식을 씹는 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람
- 고막의 대부분의 결손이나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력이 모두 귓바퀴에 대고 말하지 않고서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람
- 한 귀가 전혀 들리지 않게 되고 다른 귀의 청력이 40센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람
- 척주에 뚜렷한 기형이나 뚜렷한 기능장애가 남은 사람
- 한 팔의 3대 관절중 2개 관절이 제대로 못쓰게 된 사람
- 한 다리의 3대 관절중 2개 관절이 제대로 못쓰게 된 사람
- 한손의 5개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 잃은 사람

#### 제7급

- 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.6이하로 된 사람
- 두 귀의 청력이 모두 40센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람
- 한 귀가 전혀 들리지 않게 되고 다른 귀의 청력이 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람
- 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장애가 남아 손쉬운 노무외에는 종사하지 못하는 사람
- 흉복부장기의 기능에 장애가 남아 손쉬운 노무외에는 종사하지 못하는 사람
- 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3개 이상의 손가락을 잃은 사람
- 한 손의 5개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람
- 한 발을 리스푸랑관절이상에서 잃은 사람
- 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람
- 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람
- 두 발의 발가락이 모두 제대로 못쓰게 된 사람
- 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 사람
- 양쪽 고환을 잃은 사람

#### 제8급

- 한 눈이 실명되거나 한 눈의 시력이 0.02이하로 된 사람
- 척주에 경도의 기형이나 기능장애가 남은 사람
- 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람

- 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3개이상의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람
- 한 다리가 5센티미터이상 짧아진 사람
- 한 팔의 3대 관절중 1개 관절이 제대로 못쓰게 된 사람
- 한 다리의 3대 관절중 1개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람
- 한 팔에 가관절이 남은 사람
- 한 다리에 가관절이 남은 사람
- 한 발의 5개의 발가락을 모두 잃은 사람
- 비장 또는 한쪽의 신장을 잃은 사람

#### 제9급

- 두 눈의 시력이 각각 0.6이하로 된 사람
- 한 눈의 시력이 0.06이하로 된 사람
- 두 눈에 모두 반맹증, 시야협착 또는 시야변상이 남은 사람
- 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람
- 코가 결손되어 그 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람
- 말하는 기능과 음식을 씹는 기능에 장애가 남은 사람
- 두 귀의 청력이 모두 1미터이상의 거리에서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람
- 한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 않고서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하고 다른 귀의 청력이 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람
- 한 귀의 청력을 영구적으로 완전히 잃은 사람
- 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3개의 손가락을 잃은 사람
- 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람
- 한 발의 엄지발가락을 포함하여 2개이상의 발가락을 잃은 사람
- 한 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람
- 생식기에 뚜렷한 장애가 남은 사람
- 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 사람
- 흉복부장기의 기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 사람

#### 제10급

- 한 눈의 시력이 0.1이하로 된 사람
- 말하는 기능 또는 음식을 씹는 기능에 장애가 남은 사람
- 14개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람
- 한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 않고서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람
- 두 귀의 청력이 모두 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람
- 척주에 기능장애가 남았으나 보존적 요법으로 치유된 사람
- 한 손의 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 2개의 손가락을 잃은 사람
- 한손의 엄지손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람
- 한 다리가 3센티미터이상 짧아진 사람



10. 한 발의 엄지발가락 또는 그외의 4개의 발가락을 잃은 사람
11. 한 팔의 3대 관절중 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람
12. 한 다리의 3대 관절중 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람

#### 제11급

1. 두 눈이 모두 안구의 조절기능에 뚜렷한 장애가 남거나 또는 뚜렷한 운동기능 장애가 남은 사람
2. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람
3. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람
4. 한 귀의 청력이 40센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람
5. 척추에 기형이 남은 사람
6. 한 손의 가운데손가락 또는 넷째손가락을 잃은 사람
7. 한 손의 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람
8. 한 발의 엄지발가락을 포함하여 2개이상의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람
9. 흉복부장기에 기능에 장애가 남은 사람
10. 10개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람
11. 두 귀의 청력이 모두 1미터이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람

#### 제12급

1. 한 눈의 안구의 조절기능에 뚜렷한 장애가 남거나 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람
2. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람
3. 7개이상의 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 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 장애가 남은 사람
7. 한 다리의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 장애가 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 2개의 발가락을 잃은 사람 또는 가운데발가락이하의 3개의 발가락을 잃은 사람
11. 한 발의 엄지발가락 또는 그외의 4개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람
12. 국부에 완고한 신경증상이 남은 사람
13. 외모에 흉터가 남은 사람

#### 제13급

1. 한 눈의 시력이 0.6이하로 된 사람
2. 한 눈에 반명증, 시야협착 또는 시야변상이 남은 사람
3. 두 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람
4. 5개이상의 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 1센티미터이상 짧아진 사람
10. 한 발의 가운데발가락이하의 1개 발가락 또는 2개의 발가락을 잃은 사람
11. 한발의 둘째발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 가운데발가락이하의 3개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람
12. 흉부장기에 진폐증의 소견이 있는 사람

#### 제14급

1. 한 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람
2. 3개이상의 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 1개 또는 2개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람
9. 국부에 신경증상이 남은 사람
10. 한 귀의 청력이 1미터이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람

#### <참고>

1. 시력의 측정은 국제식시력표에 의하며, 굴절이상인 사람이 대하여는 원칙적으로 교정시력을 측정한다.
2. 손가락을 잃은 것이란 엄지손가락에 있어서는 지관절, 기타의 손가락에 있어서는 제1지관절이상을 잃은 경우를 말한다.
3. 손가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 손가락의 말단의 2분의 1이상을 잃거나 중수지절관절 또는 제1지관절(엄지손가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동기능장애가 남은 경우를 말한다.
4. 발가락을 잃은 것이란 발가락의 전부를 잃은 경우를 말한다.
5. 발가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 엄지발가락에 있어서는 말절의 2분의 1이상을 기타의 발가락에 있어서는 말관절이상을 잃은 경우 또는 중족지절관절 또는 제1지관절(엄지발가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동기능장애가 남은 경우를 말한다.

**【별표30】충수염(맹장염) 분류표**

① 약관에 규정하는 충수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 충수염(맹장염) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
충수의 질환	K35-K38

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 충수염(맹장염) 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표31】허혈성심장질환 분류표**

① 약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 허혈성심장질환 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈성심장질환	I24
6. 만성 허혈성심장병	I25

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 허혈성심장질환 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표32】유방절제수술 분류표**

약관에 규정하는 유방복원수술비의 유방절제수술은 국제의료행위 분류표(ICD.9)에 의한 수술 및 처치 코드에 해당하는 수술을 말합니다.

대상수술	수술 및 처치코드
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

**【별표33】고액치료비암 분류표**

① 약관에 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 고액치료비암 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 췌장의 악성 신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40-C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C70-C72
- 수막의 악성 신생물	C70
- 뇌의 악성 신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81-C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 고액치료비암 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【유의사항】**

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**【별표34] 중대한 특정상해 분류표**

약관에 규정하는 중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

구 분	대상이 되는 상병	분류번호
뇌손상	두개내손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
	복강내기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

**【별표35】자동차사고 부상등급표**

아래의 부상등급은 자동차손해 배상 보장법 시행령 제3조제1항제2호와 관련되며 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

**1. 상해급별 내용**

상해급별	상해내용
1급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다) 2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해 5. 척추 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·좌상·괴사상 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해 15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해 3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해 4. 신장 파열로 수술한 상해 5. 척추 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해 6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(치통기 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

3급	15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해 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. 척추 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	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(갈래야찌 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 요척

	<p>관절 탈구를 포함한다)</p> <p>15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해</p> <p>16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해</p> <p>17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해</p> <p>18. 골반환이 안정적인 골반골 골절로 수술을 시행한 상해(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)</p> <p>19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해</p> <p>20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해</p> <p>22. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해</p> <p>23. 거골 또는 종골 골절</p> <p>24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해</p> <p>25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해</p> <p>26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해</p> <p>27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해</p>	<p>22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해</p> <p>23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다)</p> <p>24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다)</p> <p>25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해</p> <p>26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해</p> <p>27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해</p> <p>28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해</p> <p>29. 사지 근 또는 건 파열로 6개 이상의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해</p> <p>30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해</p> <p>31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해</p> <p>32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해</p> <p>33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해</p>
5급	<p>1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다)</p> <p>2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해</p> <p>3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해</p> <p>4. 안정성 추체 골절</p> <p>5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해</p> <p>6. 상완골 간부 골절</p> <p>7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해</p> <p>8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해</p> <p>9. 요골 경상돌기 골절</p> <p>10. 요골 원위부 관절내 골절</p> <p>11. 수근 주상골 골절</p> <p>12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해</p> <p>13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해</p> <p>14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다)</p> <p>15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해</p> <p>16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절</p> <p>18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열</p> <p>20. 슬개골 골절</p> <p>21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다)</p>	6급 <p>1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다)</p> <p>2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)</p> <p>3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다)</p> <p>4. 심장 타박</p> <p>5. 폐좌상(일측 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다)</p> <p>6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해</p> <p>7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽입술을 시행한 상해</p> <p>8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해</p> <p>9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해</p> <p>10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해</p> <p>11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>12. 상완골 대결절 견열 골절</p> <p>13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다)</p> <p>14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해</p> <p>16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해</p> <p>17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절</p> <p>18. 요골 경부 골절</p> <p>19. 척골 주두부 골절</p> <p>20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다)</p> <p>21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구</p> <p>22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해</p> <p>23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해</p> <p>25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해</p> <p>26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비</p>

	<p>골 이개</p> <p>28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해</p> <p>29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해</p> <p>30. 사지 근 또는 건 파열로 3 ~ 5개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해</p> <p>31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해</p> <p>32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해</p>
7급	<p>1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절</p> <p>2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해</p> <p>3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해</p> <p>4. 골다공증성 척추 압박골절</p> <p>5. 쇄골 골절</p> <p>6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다)</p> <p>7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열</p> <p>8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>10. 척골 경상돌기 기저부 골절</p> <p>11. 삼각섬유연골 복합체 손상</p> <p>12. 요수근관절 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)</p> <p>13. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)</p> <p>14. 주상골 외 수근골 골절</p> <p>15. 수근부 주상골·월상골간 인대 파열</p> <p>16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구</p> <p>17. 다발성 중수골 골절</p> <p>18. 중수수지관절의 골절 및 탈구</p> <p>19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해</p> <p>20. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절</p> <p>23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절</p> <p>25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해</p> <p>26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해</p> <p>27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해</p>
8급	<p>1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)</p> <p>2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절</p> <p>3. 외상성 시신경병증</p> <p>4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해</p> <p>5. 복합 고막 파열</p>

	<p>6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄성 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>7. 3개 이상의 다발성 늑골 골절</p> <p>8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절</p> <p>9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>12. 중수골 골절</p> <p>13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구</p> <p>14. 다발성 수지골 골절</p> <p>15. 무지 중수지관절 측부인대 파열</p> <p>16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>18. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해</p> <p>20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해</p> <p>21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해</p> <p>23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해</p> <p>24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해</p> <p>25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해</p> <p>26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해</p>
9급	<p>1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해</p> <p>2. 2개 이하의 단순 늑골골절</p> <p>3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해</p> <p>4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해</p> <p>5. 흉골 골절</p> <p>6. 추간판 탈출증</p> <p>7. 흉쇄관절 탈구</p> <p>8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>9. 요수근관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)</p> <p>10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해</p> <p>11. 수지관절 탈구</p> <p>12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>14. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해</p> <p>15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절</p> <p>16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해</p> <p>17. 수족지 신전건 1개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해</p>

	18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3cm 이상 안면부 열상 2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 하지 3대 관절의 혈관절증 8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	1. 뇌진탕 2. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행하지 않은 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	1. 외상 후 급성 스트레스 장애 2. 3cm 미만 안면부 열상 3. 척추 염좌 4. 사지 관절의 근 또는 건의 단순 염좌 5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 사지 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 열상으로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 늑골 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 수족지 관절 염좌 3. 사지의 단순 타박 4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

2. 영역별 세부지침

영역	내용
공통	가. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해부터 하위 3등급(예: 상해내용이 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상(이하 "병급"이라 한다)한다. 나. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 각각의 상해 등급 별 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 수혈액낭종, 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 Tachyarrhythmia 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. 척추 손상으로 인하여 신경근증이나 감각이상을 호소하는 경우는 9급으로 본다.



상·하지	<p>공통</p> <p>라. 마미중후군은 척수손상으로 본다.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>다. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 "수술적 치료를 시행하지 않은"이라고 명시되지 않은 각 등급 손상 내용은 수술적 치료를 시행한 경우를 말하며, 보존적 치료를 시행한 경우가 따로 명시되지 않은 경우는 두 등급 하향 조정함을 원칙으로 한다.</p> <p>라. 양측 또는 단측을 별도로 규정한 경우에는 병합하지 않으나, 별도 규정이 없는 양측 손상인 경우에는 병합한다.</p> <p>마. 골절에 주요 말초신경의 손상 동반 시 해당 골절보다 1등급 상위 등급을 적용한다.</p> <p>바. 재접합술을 시행한 절단소실의 경우 해당부위의 절단보다 2급 높은 등급을 적용한다.</p> <p>사. 아절단은 완전 절단에 준한다.</p> <p>아. 관절 이단의 경우는 상위부 절단으로 본다.</p> <p>자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다.</p> <p>차. 사지 근 또는 건의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근 또는 건의 단순 염좌(12급)로 본다.</p> <p>카. 사지 관절의 인공관절 재치환 시 해당 부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다.</p> <p>타. 보존적으로 치료한 사지 주요관절 골절 및 탈구는 해당관절의 골절 및 탈구보다 3등급 낮은 등급을 적용한다.</p> <p>파. 수술을 시행한 사지 주요 관절 탈구는 해당 관절의 보존적으로 치료한 탈구보다 2등급 높은 등급을 적용한다.</p> <p>하. 동일 관절 혹은 동일 골의 손상은 병합하지 않으며 상위 등급을 적용한다</p> <p>거. 분쇄 골절을 형성하는 골절선은 선상 골절이 아닌 골절선으로 판단한다.</p> <p>너. 수족지 절단 시 절단부위에 따른 차이는 두지 않는다.</p>
상지	<p>가. 상부관절순 파열은 외상성 파열만 인정한다.</p> <p>나. 회전근개 파열 개수에 따른 차등을 두지 않는다.</p> <p>다. "근, 건, 인대 파열"이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다.</p> <p>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.</p> <p>마. 사지골 골절 시 시행한 외고정술도 수술을 한 것으로 본다.</p> <p>바. 소아의 경우, 성인의 동일 부위 골절보다 1급 낮게 적용한다. 다만, 성장판 손상이 동반된 경우와 연부조직 손상은 성인과 동일한 등급을 적용한다.</p> <p>사. 6급의 견관절 탈구에서 재발성 탈구를 초래할 수 있는 해부학적 병변이 병발된</p>

	<p>경우는 수술 여부에 상관없이 6급을 적용한다.</p> <p>아. 견봉 쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉 쇄골간 인대 파열은 견봉 쇄골간 및 오구 쇄골인대의 완전 파열에 포함되고, 견봉 쇄골간 및 오구 쇄골인대의 완전 파열로 수술한 경우 7급을 적용하며, 부분 파열로 보존적 치료를 시행한 경우 9급을 적용하고, 단순 염좌의 경우 12급을 적용한다.</p> <p>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.</p>
하지	<p>가. 양측 치골지 골절, 치골 상하지 골절 등에서는 병급하지 않는다.</p> <p>나. 천골 골절, 미골 골절은 골반골 골절로 본다.</p> <p>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.</p> <p>라. 후경골건 및 전경골건 파열은 족관절 측부인대 파열로 수술을 시행한 경우의 등급으로 본다.</p> <p>마. 대퇴골 또는 경비골의 견열성 골절의 경우, 동일 관절의 인대 손상에 대하여 수술적 치료를 시행한 경우는 인대 손상 등급으로 본다.</p> <p>바. 경골 후과의 단독 골절 시 족관절 내과 또는 외과의 골절로 본다.</p> <p>사. 고관절이란 대퇴골두와 골반골의 비구를 포함하며, "골절 탈구"란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다.</p> <p>아. 불안정성 골반 골절은 골반환을 이루는 골간의 골절 탈구를 포함한다.</p> <p>자. "하지의 3대 관절"이란 고관절, 슬관절, 족관절을 말한다.</p> <p>차. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열은 인대 복원수술을 시행하거나 완전 파열에 준하는 파열에 적용한다.</p> <p>카. 골반환이 안정적인 골반골의 수술을 시행한 골절은 치골 골절로 수술한 경우 등을 포함한다.</p>

**【별표36】의상자 부상등급표**

아래의 부상등급은 의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령 제2조와 관련되며 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

등급	부상의정도
제1급	1. 두 눈의 교정시력이 0.02 이하인 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능 일체를 영구히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능이나 정신에 뚜렷한 장애가 남아 수시로 간호를 받아야 하는 사람 4. 흉복부·장기에 뚜렷한 장애가 남아 수시로 간호를 받아야 하는 사람 5. 두 팔의 손목관절 이상의 부위를 잃은 사람 6. 두 다리의 발목관절 이상의 부위를 잃은 사람
제2급	1. 두 눈의 교정시력이 0.06 이하인 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 3. 신경계통의 기능이나 정신에 뚜렷한 장애가 남아 일생동안 노무에 종사하지 못하게 된 사람 4. 흉복부·장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 일생동안 노무에 종사하지 못하게 된 사람 5. 두 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 6. 한 팔의 팔꿈치관절 이상의 부위를 잃은 사람 7. 한 다리의 무릎관절 이상의 부위를 잃은 사람 8. 두 손의 손가락 일체를 영구히 사용하지 못하게 된 사람 9. 두 발의 발목발바닥뼈관절 이상의 부위를 잃은 사람
제3급	1. 두 눈의 교정시력이 0.1 이하인 사람 2. 말하는 기능이나 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 3. 두 귀의 청력이 귀에 대고 말하지 않으면 큰 말소리를 알아 듣지 못하는 정도인 사람 4. 신경계통의 기능이나 정신에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무 외에는 종사하지 못하게 된 사람 5. 흉복부·장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무 외에는 종사하지 못하게 된 사람 6. 한 팔의 손목관절 이상의 부위를 잃은 사람 7. 한 팔의 3대관절 중 2개를 못 쓰게 된 사람 8. 한 팔 일체를 영구히 사용하지 못하게 된 사람 9. 한 다리의 발목관절 이상의 부위를 잃은 사람 10. 한 다리의 3대관절 중 2개를 못 쓰게 된 사람 11. 한 다리 일체를 영구히 사용하지 못하게 된 사람 12. 척추에 뚜렷한 기형이나 운동장애가 남은 사람
제4급	1. 한 눈이 실명[맹(盲), 광각상실(光角喪失)]되고 다른 눈의 교정시력이 0.6 이하인 사람 2. 두 귀의 청력이 40센티미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 정도인 사람 3. 신경계통의 기능이나 정신에 뚜렷한 장애가 남아 손쉬운 노무 외에는 종사하지 못하게

	된 사람 4. 흉복부·장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 손쉬운 노무 외에는 종사하지 못하게 된 사람 5. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개 이상의 손가락을 잃은 사람 6. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 못 쓰게 된 사람 또는 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 세 개 이상의 손가락을 못 쓰게 된 사람 7. 한 다리가 다른 쪽 다리보다 5센티미터 이상 짧은 사람 8. 한 발을 발목발바닥뼈관절 이상의 부위를 잃은 사람 9. 한 팔에 가관절이 남은 사람 10. 한 다리에 가관절이 남은 사람 11. 한 발의 발가락을 모두 잃은 사람 12. 한 팔의 3대관절 중 1개를 못 쓰게 된 사람 13. 한 다리의 3대관절 중 1개를 못 쓰게 된 사람 14. 두 발의 발가락을 모두 못 쓰게 된 사람 15. 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 사람 16. 양쪽의 고환을 잃은 사람 17. 비장이나 한쪽 신장을 잃은 사람
제5급	1. 한 눈의 교정시력이 0.1 이하인 사람 2. 두 눈에 반맹증, 시야협착 또는 시야이상이 있는 사람 3. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이나 운동장애가 있는 사람 4. 코가 결손되어 그 기능에 뚜렷한 장애가 있는 사람 5. 말하는 기능이나 음식물을 씹는 기능에 장애가 남은 사람 6. 한 귀의 청력이 귀에 대고 말하지 않으면 큰 말소리를 알아 듣지 못하는 정도인 사람 7. 두 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣기 어려운 정도인 사람 8. 한 손의 둘째손가락을 잃거나 엄지손가락과 둘째손가락 외의 손가락 2개를 잃은 사람 9. 한 손의 엄지손가락을 못 쓰게 된 사람, 둘째손가락을 포함하여 손가락 2개를 못 쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락 외의 손가락 3개를 못 쓰게 된 사람 10. 한 발의 엄지발가락 또는 그 외의 발가락 4개를 잃은 사람 11. 한 발의 발가락을 모두 못 쓰게 된 사람 12. 한 다리가 다른 쪽 다리보다 3센티미터 이상 짧은 사람 13. 한 팔의 3대관절 중 1개의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 14. 한 다리의 3대관절 중 1개의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 15. 생식기에 뚜렷한 장애가 남은 사람 16. 신경계통의 기능이나 정신에 장애가 남아 종사할 수 있는 노무가 상당한 정도로 제한된 사람 17. 흉복부·장기의 기능에 장애가 남아 종사할 수 있는 노무가 상당한 정도로 제한된 사람
제6급	1. 한 눈의 조절기능에 뚜렷한 장애가 있거나 또는 안구에 운동장애가 남은 사람 2. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손 또는 운동장애가 남은 사람 3. 한 눈에 반맹증, 시야협착과 시야이상이 남은 사람

	<p>4. 한 눈의 교정시력이 0.6 이하인 사람</p> <p>5. 한 귀의 청력이 40센티미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 정도인 사람</p> <p>6. 척추에 기형이 남은 사람</p> <p>7. 한 손의 셋째손가락 또는 넷째손가락을 잃은 사람</p> <p>8. 한 귀의 귓바퀴가 대부분 결손된 사람</p> <p>9. 7개 이상의 치아에 치과보철을 한 사람</p> <p>10. 한 발의 엄지발가락을 포함하여 발가락 2개 이상을 못 쓰게 된 사람</p> <p>11. 흉복부장기의 기능에 장애가 남은 사람</p> <p>12. 쇄골·흉골·늑골·견갑골 또는 골반뼈에 뚜렷한 기형이 남은 사람</p> <p>13. 한 팔의 3대관절 중 1개의 기능에 장애가 남은 사람</p> <p>14. 한 다리의 3대관절 중 1개의 기능에 장애가 남은 사람</p> <p>15. 장관골에 기형이 남은 사람</p> <p>16. 한 손의 셋째손가락 또는 넷째손가락을 못 쓰게 된 사람</p> <p>17. 한 발의 엄지발가락 또는 그 외의 발가락 4개를 못 쓰게 된 사람</p> <p>18. 국부에 뚜렷한 신경증상이 남은 사람</p> <p>19. 외모에 경미한 흉터가 남은 사람</p>
제7급	<p>1. 한 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람</p> <p>2. 한 눈에 반맹증, 시야협착 또는 시야변상이 남은 사람</p> <p>3. 두 눈의 눈꺼풀 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람</p> <p>4. 5개 이상의 치아에 치과보철을 한 사람</p> <p>5. 한 손의 새끼손가락을 잃은 사람</p> <p>6. 한 손의 엄지손가락 지골의 일부를 잃은 사람</p> <p>7. 한 손의 둘째손가락 지골의 일부를 잃은 사람</p> <p>8. 한 손의 둘째손가락 말관절을 굽히고 펼 수 없게 된 사람</p> <p>9. 한 다리가 다른 쪽 다리보다 1센티미터 이상 짧은 사람</p> <p>10. 한 발의 가운데·넋째·다섯째발가락 중 1개 또는 2개를 잃은 사람</p> <p>11. 한 발의 둘째발가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 발가락 2개를 제대로 못 쓰게 된 사람 또는 가운데·넋째·다섯째발가락 3개를 제대로 못 쓰게 된 사람</p> <p>12. 제1호부터 제11호까지에 해당하지 않는 부상으로 전치 12주 이상의 부상을 당한 사람</p>
제8급	<p>1. 한 눈의 눈꺼풀 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람</p> <p>2. 3개 이상의 치아에 치과보철을 한 사람</p> <p>3. 팔의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람</p> <p>4. 다리의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람</p> <p>5. 한 손의 새끼손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람</p> <p>6. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락 외의 손가락 지골의 일부를 잃은 사람</p> <p>7. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락 외의 손가락 말관절을 굽히고 펼 수 없게 된 사람</p> <p>8. 한 발의 가운데·넋째·다섯째발가락 중 1개 또는 2개를 제대로 못 쓰게 된 사람</p> <p>9. 국부에 신경증상이 남은 사람</p>

	<p>10. 한 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람</p> <p>11. 제1호부터 제10호까지에 해당하지 않는 부상으로 전치 6주 이상의 부상을 당한 사람</p>
제9급	타박상, 열상, 찰과상, 부분화상, 골절, 탈골, 염좌, 인대손상, 3개 미만의 치아보철 등의 부상을 당한 사람

비고 : 1. 위의 표에 규정된 신체의 부상이 두 가지 이상(제7급, 제8급 및 제9급은 제외한다)인 경우에는 그 중 중한 부상등급(그 부상이 모두 같은 등급에 해당하는 경우에는 그 등급을 말한다)의 1등급 위의 등급을 그 의상자의 부상등급으로 하되, 제1급을 최고등급으로 한다.

2. 위의 표에 규정되지 않는 신체 부상이 있는 경우에는 그 부상의 정도에 따라 위의 표에 규정된 부상에 준하여 그 부상등급을 결정한다.

**【별표37】수족골절 분류표**

약관에 규정하는 골절로 분류되는 손상은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 사고를 말합니다.

대상질병	분류코드
1. 어깨 및 위팔의 골절	S42
2. 아래팔의 골절	S52
3. 손목 및 손부위의 골절	S62
4. 대퇴골의 골절	S72
5. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
6. 발목을 제외한 발의 골절	S92
7. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
8. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12

▶ 제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 손상 이외에 약관에 해당하는 손상이 있는 경우에는 그 손상도 포함하는 것으로 합니다.

**【별표38】골절(치아파절제외) 분류표**

약관에 규정하는 골절로 분류되는 손상은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 사고를 말합니다.

대상질병	분류코드
1. 두개골 및 안면골의 골절(치아의 파절 제외)	S02(S02.5 제외)
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

▶ 제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 손상 이외에 약관에 해당하는 손상이 있는 경우에는 그 손상도 포함하는 것으로 합니다.

**【별표39】탈구,신경손상,압착손상 분류표**

약관에 규정하는 탈구, 신경손상, 압착손상으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 합니다.

▶ 제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

대상질병	분류코드
1. 경추의 탈구	S13.1
2. 목의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S13.2
3. 목의 다발탈구	S13.3
4. 흉추의 탈구	S23.1
5. 흉부의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S23.2
6. 요추의 탈구	S33.1
7. 천장관절 및 천미관절의 탈구	S33.2
8. 어깨관절의 탈구	S43.0
9. 견쇄관절의 탈구	S43.1
10. 흉쇄관절의 탈구	S43.2
11. 견갑대의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S43.3
12. 요골머리의 탈구	S53.0
13. 팔꿈치의 상세불명 탈구	S53.1
14. 손목의 탈구	S63.0
15. 손가락의 다발탈구	S63.2
16. 고관절의 탈구	S73.0
17. 무릎뼈의 탈구	S83.0
18. 무릎의 탈구	S83.1
19. 발목관절의 탈구	S93.0
20. 발의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S93.3
21. 뇌신경의 손상	S04
22. 목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
23. 흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24
24. 복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
25. 어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
26. 아래팔 부위의 신경의 손상	S54
27. 손목 및 손 부위의 신경의 손상	S64
28. 엉덩이 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
29. 아래다리 부위의 신경손상	S84
30. 발목 및 발 부위의 신경의 손상	S94
31. 목부위의 신경 및 척수의 손상을 동반한 뇌 및 뇌신경의 손상	T06.0
32. 기타 여러 신체부위를 침범한 신경 및 척수의 손상	T06.1
33. 여러 신체부위를 침범한 신경의 손상	T06.2
34. 몸통의 상세불명의 신경, 척수신경근 및 척추 신경총의 손상	T09.4
35. 팔의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T11.3
36. 다리의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T13.3
37. 목의 으깬손상	S17
38. 어깨 및 위팔의 으깬손상	S47
39. 아래팔의 으깬손상	S57
40. 엉덩이 및 대퇴의 으깬손상	S77
41. 아래다리의 으깬손상	S87
42. 발목 및 발의 으깬손상	S97
43. 여러 신체부위를 침범한 으깬손상	T04

**【별표40】외상성절단 분류표**

약관에 규정하는 외상성절단으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 합니다.

대상질병	분류코드
1. 이물이 있는 안구의 관통창	S05.5
2. 이물이 없는 안구의 관통창	S05.6
3. 안구의 박리	S05.7
4. 머리 부분의 외상성 절단	S08
5. 목부위의 외상성 절단	S18
6. 흉부의 으깬손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
7. 복부, 아래등 및 골반의 으깬손상 및 외상성 절단	S38
8. 어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
9. 아래팔의 외상성 절단	S58
10. 손목 및 손의 외상성 절단(기타 단일 손가락의 외상성 절단(완전)(부분) 제외)	S68(S68.1은제외)
11. 엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78
12. 아래다리의 외상성 절단	S88
13. 발목 및 발의 외상성 절단(단일 발가락의 외상성 절단 제외)	S98(S98.1은제외)
14. 여러 신체부위를 침범한 외상성 절단	T05
15. 팔의 상세불명 부위의 외상성 절단	T11.6
16. 다리의 상세불명 부위의 외상성 절단	T13.6

▶ 제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

**【별표41】뇌·내장손상 분류표**

약관에 규정하는 뇌·내장손상으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 합니다.

대상질병	분류코드
1. 두개내손상	S06
2. 심장의 손상	S26
3. 기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
4. 흉부의 기타 및 상세불명의 손상	S29
5. 복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상	S35
6. 복강내기관의 손상	S36
7. 비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
8. 골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S39.6

▶ 제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

**【별표42】보험금을 지급할 때의 적립이율**

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

- 주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.  
 2. 가산이율 적용시 보통약관 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.

**【별표43】특정3대직장인질병 분류표**

① 약관에 규정하는 특정3대직장인질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정3대직장인질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류코드
1. 추간판탈출증 - 경추간판장애, 기타추간판장애(흉추, 흉요추 및 요추추간판장애)	M50-M51
2. 손목터널증후군	G56.0
3. 치핵 - 포함: 치질 - 제외: 합병된 출산 및 산후기(O87.2), 합병된 임신(O22.4)	K64

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정3대직장인질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표44】 1~5종 수술 분류표**

**I. 일반적인 상해 및 질병 치료목적의 수술**

구분	수술명	수술종류	
<b>피부, 유방의 수술</b>	1. 피부이식수술(25cm <sup>2</sup> 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3	
	2. 피부이식수술(25cm <sup>2</sup> 미만인 경우)	1	
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3	
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외)	1	
<b>근골(筋骨)의 수술</b> [발정술(拔釘術) 등 내 고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant)등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2	
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3	
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1	
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2	
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3	
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2	
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함) 11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1	
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3	
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3	
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1	
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2	
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1	
	<b>호흡기계, 흉부(胸部)의 수술</b>	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
		16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
17. 편도, 아데노이드 절제수술		1	
18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술		4	

구분	수술명	수술종류
	[개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	
	19. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
<b>순환기계, 비장(脾臟)의 수술</b>	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾臟) 절제수술	3
	<b>소화기계의 수술</b>	30. 이하선 절제수술
31-1. 악하선, 설하선 절제수술		2
31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)		1
32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]		4
33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]		4
34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]		3
35. 간장(肝臟), 췌장(胰臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]		4
36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]		3
37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]		5
38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)		5
39. 탈장(脫腸) 근본수술		1
40. 전신성 복막염(全身性腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2	



구분	수술명	수술종류
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4
비뇨기계 생식기계의 수술 [인공임신중절 수술은 제외함]	44. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류.요실금 교정수술은 제외]	4
	45. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	46. 방광류 교정수술	1
	47. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	48. 음경(陰莖) 절단수술(포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	49. 고환(辜丸), 부고환(副辜丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	50. 음낭관혈수술	1
	51. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
52. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술	1	
53. 질탈(膺脫)근본수술	1	
내분비기계의 수술	54. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	55. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	56. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	57. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	58. 신경(神經) 관혈수술	2
	59. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	60. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	61. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	62. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1

구분	수술명	수술종류
	63. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	64. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	65. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	66. 각막, 공막 이식수술	2
	67. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	68. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	69. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	70. 망막박리(網膜剝離) 수술	2
	71. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술(시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외)	1
	72. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술	2
	73. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3
	74. 안와내종양절제수술	3
청각기(聽覺器)의 수술	75. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	76. 안근(眼筋)관혈수술	1
	77. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	78. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	79. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입 요법은 포함하지 않음]	80. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외]	1
	81. 내이(內耳) 관혈수술	3
	82. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입 요법은 포함하지 않음]	83. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	84. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	85. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입 요법은 포함하지 않음]	86. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술	3
	86-1. 뇌, 심장	2
	86-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	86-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

(주) 상기 1~86항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 86항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당 부위(1~85항)의 수술로 적용합니다.

**Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술**

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)	5  3
2. 내시경 수술	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술	3

- (주) 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'I. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.  
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.  
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.

**Ⅲ. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표**

방사선 조사 분류항목	수술종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

**(1~5종 수술분류표 사용 지침)**

1. '수술'이라 함은 의료법 제5조(의사,치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '1~5종 수술분류표'에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. '수술'은 기구를 사용해서 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 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 '수술'에서 제외

외합니다.

- '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
- '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
- '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광청술을 함께 실시한 경우입니다.
- '1~5종 수술분류표' 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준  
'1~5종 수술분류표'에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
- 1) '1~5종 수술분류표' 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 '1~5종 수술분류표' 상의 동일부위 수술로 봅니다.  
2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술인 경우에는 '1~5종 수술분류표' 중 '일반적인 상해 및 질병치료 목적의 수술' 86항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.
- '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
- '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로써 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

【별표45】 X-ray 촬영 및 진료행위코드 분류표

구 분		진료행위코드
X-ray	1. 치근단 촬영	G9101~G9105
	2. 교익 촬영	G9501~G9505
	3. 교합 촬영	G9601

【별표46】 파노라마 촬영 및 진료행위코드 분류표

구 분	진료행위코드
1. 파노라마	G9701, G9761

**【별표47】 대상포진 분류표**

① 약관에서 규정하는 '대상포진'으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상포진 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류코드
1. 대상포진	B02

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 대상포진 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표48】 대상포진눈병 분류표**

① 약관에서 규정하는 '대상포진눈병'으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상포진눈병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류코드
1. 대상포진눈병	B02.3

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 대상포진눈병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표49】 녹내장 분류표**

① 약관에 규정하는 녹내장으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 녹내장 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류코드
1. 녹내장	H40
2. 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 녹내장 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표50】 뇌전증 분류표**

① 약관에 규정하는 뇌전증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌전증 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류코드
1. 뇌전증	G40
2. 뇌전증지속상태	G41

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌전증 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표51】 심근병증 분류표**

① 약관에 규정하는 심근병증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 심근병증 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류코드
1. 심근병증	I42
2. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 심근병증 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표52】 전립선증식증 분류표**

① 약관에 규정하는 전립선증식증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 전립선증식증 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류코드
1. 전립선증식증	N40

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 전립선증식증 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표53】 특정망막질환 분류표**

① 약관에 규정하는 특정망막질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정망막질환 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류코드
1. 망막박리 및 망막열공	H33
2. 황반 및 후극부의 변성	H35.3
3. 망막층의 분리	H35.7

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정망막질환 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표54】 추락사고 분류표**

① 약관에 규정하는 추락사고로 분류되는 사인은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2015-309호, 2016. 1. 1 시행)중 다음에 적은 사인을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 추락사고 해당 여부를 판단합니다.

대상질병 및 사인	분류코드
1. 미끄러짐, 걸림 및 헛디딤에 의한 동일면상에서의 낙상	W01
2. 타인과 충돌이나 타인의 밀치기에 의한 동일면상에서의 기타 낙상	W03
3. 계단에서의 낙상	W10
4. 사다리에서의 낙상	W11
5. 비계발판에서의 낙상	W12
6. 빌딩 또는 구조물에서의 낙상	W13
7. 나무에서의 낙상	W14
8. 절벽에서의 낙상	W15
9. 기타 한 면에서 다른면으로 넘어짐	W17
10. 상세불명의 낙상	W19

제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 추락사고 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 사인에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병 및 사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 사인 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표55】 정신질환 분류표**

① 약관에 규정하는 정신질환은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류코드
1. 정신활성물질에 의해 유발된 것이 아닌 기질성 기억상실증후군	F04
2. 알콜 및 기타 정신활성물질에 의하여 유발된 것이 아닌 섬망	F05
3. 뇌손상, 뇌기능 이상 및 신체 질환에 의한 기타정신장애	F06
4. 뇌질환, 뇌손상 및 기능이상에의한 인격 및 행동장애	F07
5. 상세불명의 기질성 또는 증상성 정신장애	F09
6. 정신활성물질의 사용에 의한 정신 및 행동장애	F10~F19
7. 조현병, 분열형 및 망상성장애	F20~F29
8. 기분[정동]장애	F30~F39
9. 신경증적, 스트레스-연관 및 신체형장애	F40~F48
10. 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동증후군	F50~F59
11. 성인 인격 및 행동의 장애	F60~F69
12. 정신지체	F70~F79
13. 정신발달장애	F80~F89
14. 소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서장애	F90~F98
15. 정신장애NOS	F99

② 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 정신질환 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

③ 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.