# 상해보험 보통약관

**제1조(보험계약의 성립)** ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다.(이하 “보험계약”은 “계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다)

② 회사는 계약의 청약을 받고 보험료 전액 또는 제1회 보험료(일정기간 단위의 나눠내는 보험료)를 받은 경우에는 청약일(진단계약의 경우에는 진단일)로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지를 하며 통지가 없으면 승낙한 것으로 봅니다.

③ 회사가 청약을 승낙한 때에는 지체없이 보험증권(보험가입증서)을 계약자에게 드리며, 청약을 거절할 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려드립니다.

④ 이미 성립한 계약을 연장하거나 변경하는 경우에는 회사는 보험증권(보험가입증서)에 그 사실을 기재하거나 서면으로 알림으로써 보험증권(보험가입증서)을 드리는 것에 대신할 수 있습니다.

**제2조(약관교부 및 설명의무 등)** ① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 보험약관을 드리고 그 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음)을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 계약일로부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험개발원이  공시하는 정기예금이율로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

**제3조(보험료)** ① 보험료는 다른 약정이 없으면 보험기간이 시작되기 전에 내어야 합니다.

② 다른 약정이 없으면 보험기간이 시작된 후라도 보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

**제4조(회사의 보장의 시기 및 종기)** ① 회사의 보장은 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하여 마지막날 오후 4시에 끝납니다. 그러나, 보험증권(보험가입증서)에 이와 다른 시각이 기재되어 있을 때에는 그 시각으로 하며, 시각은 보험증권(보험가입증

서) 발행지의 표준시를 따릅니다.
② 회사가 계약자로부터 계약의 청약과 함께 보험료 상당액의 전부 또는 일부를 받은 경우에 그 청약을 승낙하기 전에 계약에서 정한 보험사고가 생긴 때에는 회사는 계약상의 보장을 합니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제1항에서 정한 보장의 시기가 개시되지 아니한 경우
2. 제12조(계약전 알릴의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
3. 제14조(계약의 해지)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

**제5조(청약의 철회)** ① 가계성보험(개인의 일상생활과 관련된 보험으로 보험료를 단체 또는 법인이 부담하지 않는 개인보험계약과 단체요율(피보험자(보험대상자)가 단체인 계약에 적용되는 요율)이 적용되지 않는 계약을 말합니다)에 한하여 계약자는 청약을 한 날 또는 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 보험기간이 90일 이내인 경우에는 그러하지 아니합니다.
② 회사는 청약의 철회를 접수한 경우에는 지체없이 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 보험개발원이 공시하는 정기예금이율로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

**제6조(보상하는 손해)** ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.
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 아니합니다.

**제7조(보상하지 아니하는 손해)** ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 계약자나 피보험자(보험대상자)의 고의
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)(이하 "수익자"라 합니다)의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
3. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
4. 피보험자(보험대상자)의 질병
5. 피보험자(보험대상자)의 심신상실 또는 정신질환
6. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
7. 피보험자(보험대상자)의 사형
8. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
9. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
10. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
11. 위 제10호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

**제8조(사망보험금)** ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 제6조(보상하는 손해)에서

정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 사망하였을 경우에는 사망보험가입금액 전액을 사망보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.
② 피보험자(보험대상자)가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자(보험대상자)의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자(보험대상자)가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자(보험대상자)의 생존이 확인되었을 때에는 지급한 보험금을 회수합니다.

**제9조(후유장해보험금)** ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 제6조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)된 경우에는 장해분류표([별표1]참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.
② 제1항의 후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 [별표1]장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
③ [별표1]장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 [별표1]장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, [별표1]장해분류표의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
④ 같은 사고로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다. 다만, [별표1]장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 [별표1]장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, [별표1]장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 약관의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 위1호 이외에 이 약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

**제10조(다른 신체상해 또는 질병의 영향)** ① 피보험자(보험대상자)가 제6조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체장해 또는 질병의 영향으로 또는 제6조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 상해나 질병의 영향으로 제6조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 때에는 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 금액을 결정하여 지급합니다.

② 정당한 이유없이 피보험자(보험대상자)가 치료를 게을리하거나 또는 계약자나 수익자가 치료를 하여 주지 않으므로 인하여 제6조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우에는 제1항과 같은 방법으로 합니다.

**제11조(보험금의 지급한도)** 회사가 지급하여야 할 사망 또는 후유장해보험금은 보험기간을 통하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 사망 또는 후유장해 보험가입금액 각각을 한도로 합니다.

**제12조(계약전 알릴 의무)** 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인은 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단서 포함) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 특히 피보험자(보험대상자)에 대하여 상해에 의한 손해를 보상하는 다른 계약을 맺은 경우에는 반드시 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

**< 용어풀이 >**

계약전 알릴 의무는 상법 제651조에서 정하고 있는 의무로서 보험계약자나 피보험자(보험대상자)는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약이 해지되거나 보험금이 지급되지 않는 등 불이익을 당할 수 있습니다.

**제13조(계약후 알릴 의무)** ① 계약을 맺은 후 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용운전자가 영업용운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기 장치자전거를 직접 사용하게 된 경우 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 지급을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 손해에 관해서는 그러하지 아니합니다.

④ 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 직업 또는 직무의 변경 사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을  때에는 회사는 동 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제3항에 의해 보상됨을 서면으로통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

**제14조(계약의 해지)** ① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.
② 회사는 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.
③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 제12조(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 일린 때
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제13조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

④ 제3항 제1호의 경우에도 불구하고 다음중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월이상 지났을 때
3. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 계약전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우

⑤ 제3항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
⑥ 제3항 제2호에 의한 계약의 해지가 손해발생후에 이루어진 경우 회사는 그 손해를 제13조(계약후 알릴의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보상하여 드립니다.
⑦ 손해가 제3항에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된 때에는 제5항 및 제6항에 불구하고 보상하여 드립니다.

**제15조(피보험자(보험대상자)의 변경)** 계약자가 피보험자(보험대상자)를 변경할 수 있는 경우는 다음과 같습니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 이 보험에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하거나 파산, 이민 또는 이혼 등 불가피한 사유로 계약을 계속 유지시킬 수 없는 경

우

2. 계약자가 그와 고용관계에 있는 피보험자(보험대상자)를 해고 또는 교체한 경우

<용어풀이>

고용관계라 함은 피고용인이 고용인에게 노무를 제공하고, 고용인은 그에 대한 보수를 지급하기로 약정한 관계를 말합니다.

**제16조(계약의 무효)** ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 계약에서 계약을 체결할 때 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우에는 계약을 무효로 합니다. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.

② 사망을 보험사고로 하는 계약에서 피보험자(보험대상자)가 만15세 미만자, 심신상실자, 심신박약자인 경우 보험계약을 무효로 합니다.

**< 용어풀이 >**

심신상실자, 심신박약자는 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력이 없거나 의사를 결정할 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

**제17조(보험료의 환급)** ① 이 계약이 무효, 효력상실 또는 해지된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 보험기간중 보험사고가 발생하여 보험금이 지급된 사실이 있으면 어떠한 경우에도 당해 보험년도(초년도(첫째년도)는 보험기간의 초일(첫째날)부터 1년간, 차년도(둘째년도) 이후는 각각 보험기간의 초일(첫째날) 해당일로부터 1년간을 말합니다)의 보험료는 돌려드리지 아니합니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실 또는 해지의 경우에는 경과하지 아니한 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효 또는 효력상실인 경우에는 무효 또는 효력상실의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제1항의

규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

**제18조(손해의 통지)** ① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자는 사고가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.
② 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

**제19조(보험금 등 청구시 구비서류)** ① 계약자, 피보험자(보험대상자)(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자(보험대상자)의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

**제20조(보험금의 지급)** ① 회사는 제19조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임손해에 대한 보험금은 10영업일, 재산손해에 대한 보험금은 20영업일 이내에 지급합니다.
② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유, 지급예정일 및 가지급보험금 청구절차를 피보험자(보험대상자) 또는 수익자에게 서면 통지하여 드립니다.
③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우에는 회사는 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
④ 회사가 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험개발원이 공시하는 정기예금이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대

상자) 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 드리지 아니합니다.

⑤ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자는 제14조(계약의 해지)와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다.다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금지급 지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

**< 용어풀이 >**

영업일은 "토요일", “일요일”, "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일“ 및 “근로자의 날”을 제외한 날을 의미합니다.

**제21조(보험금 청구권의 상실)** 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자는 아래와 같은 경우에는 손해에 대한 보험금의 청구권을 잃게 됩니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 손해의 통지 또는 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 상당한 이유없이 손해의 조사를 방해 또는 회피한 때에는 그 해당손해

**제22조(소멸시효)** 보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

**< 용어풀이 >**

소멸시효는 주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험사고가 발생한 후 2년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

**제23조(계약내용의 교환)** 회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 보험회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의등)의 규정을 따릅니다.

1. 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용

4. 피보험자(보험대상자)의 상해 및 질병에 관한 정보

**제24조(분쟁의 조정)** 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

**제25조(관할법원)** 이 계약에 관한 소송은 계약자, 피보험자(보험대상자)(또는 수익자)가 선택하는 대한민국 법원을 합의에 따른 관할법원으로 합니다.

**제26조(약관의 해석)** ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

**제27조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)** 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함) 제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

**제28조(회사의 손해배상책임)** 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여는 관계법규 및 사업방법서에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

**제29조(예금보험기금에 의한 지급보장)** 회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

**제30조(준거법)** 이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

# 업무중상해 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** 회사는 피보험자(보험대상자)가 업무중(출·퇴근은 업무중으로 봅니다)에 보통약관 제6조(보상하는 손해)에 정한 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

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

# 업무외상해 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** 회사는 피보험자(보험대상자)가 업무외(통상적인 출·퇴근은 포함합니다)에 보통약관 제6조(보상하는 손해)에 정한 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

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

# 교통상해 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 아래의 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

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

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, 모타모트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 아니합니다)

**제2조(보상하지 아니하는 손해)** 회사는 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해) 및 아래의 손해에 대하여 보상하여 드리지 아니합니다.

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

**제3조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

# 교통상해 사망 및 고도후유장해 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** ① 사망보험금 : 회사는 이 특별약관에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제3항에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다, 이하 같습니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1년이내에 사망할 경우에는 보험가입금액 전액을 수익자(수익자의 지정이 없을 경우에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급하여 드립니다. 그러나, 제2항의 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금을 지급하여 드리지 아니합니다.

② 고도후유장해보험금 : 회사는 이 특별약관에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제3항에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1년이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 후유장해라 합니다)되어 【별첨1(장해분류표)】 각호에 정한 지급률(이하 지급률이라 합니다)이 (  )%를 초과하였을 경우에는 후유장해지급률에 보험가입금액을 곱한 금액을 수익자(수익자의 지정이 없을 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항의 사고는 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

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

④ 제3항의 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, 모타모트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 아니합니다)

⑤ 제2항의 후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

⑦ 같은 사고로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 위 제2항에도 불구하고, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상일 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 합니다.

⑩ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑪ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 약관의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 위1호 이외에 이 약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지

않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

**제2조(보상하지 아니하는 손해)** 회사는 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해) 및 아래의 손해에 대하여 보상하여 드리지 아니합니다.

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

**제3조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

# 휴일교통상해 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 아래의 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

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

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, 모타모트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 아니합니다)

**제2조(보상하지 아니하는 손해)** 회사는 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해) 및 아래의 손해에 대하여 보상하여 드리지 아니합니다.

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

**제3조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

# 휴일교통상해 사망 및 고도후유장해 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** ① 사망보험금 : 회사는 이 특별약관에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 제3항에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다, 이하 같습니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1년이내에 사망할 경우에는 보험가입금액 전액을 수익자(수익자의 지정이 없을 경우에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급하여 드립니다. 그러나, 제2항의 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금을 지급하여 드리지 아니합니다.

② 고도후유장해보험금 : 회사는 이 특별약관에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 제3항에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1년이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 후유장해라 합니다)되어 【별첨1(장해분류표)】각호에 정한 지급률(이하 지급률이라 합니다)이 (  )%를 초과하였을 경우에는 후유장해지급률에 보험가입금액을 곱한 금액을 수익자(수익자의 지정이 없을 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항의 사고는 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

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

④ 제3항의 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, 모타모트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로

보지 아니합니다)

⑤ 제2항의 후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

⑦ 같은 사고로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 위 제2항에도 불구하고, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상일 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 합니다.

⑩ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑪ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 약관의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

2. 위1호 이외에 이 약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

**제2조(보상하지 아니하는 손해)** 회사는 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해) 및 아래의 손해에 대하여 보상하여 드리지 아니합니다.

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

**제3조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

# 휴일상해 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날에 보통약관 제6조(보상하는 손해)에 정한 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간내의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 근로자의 날 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

**제3조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

# 상해사망 및 100% 후유장해 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** ① 사망보험금 : 회사는 이 특별약관에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보통약관 제6조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다, 이하 같습니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1년이내에 사망할 경우에는 보험가입금액 전액을 수익자(수익자의 지정이 없을 경우에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급하여 드립니다. 그러나, 제2항의 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금을 지급하여 드리지 아니합니다.

② 고도후유장해보험금 : 회사는 이 특별약관에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보통약관 제6조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1년이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 후유장해라 합니다)되어 **【별첨1(장해분류표)】**각호에 정한 지급률(이하 지급률이라 합니다)이 100% 이상일 경우에는 보험가입금액 전액을 수익자(수익자의 지정이 없을 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

③ 제2항의 후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

④ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

⑤ 같은 사고로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 위 제2항에도 불구하고, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상일 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 합니다.

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

⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 약관의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 위1호 이외에 이 약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

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

# 휴업손해위로금 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보통약관 제6조(보상하는 손해)의 상해를 입은 결과로서 사고일로부터 90일이내에 완전하고도 계속적으로 무능력하게 되어 직무에 종사할 수 없게 되었을 경우에는 그 기간에 대해 52주를 한도로 휴업손해위로금을 정기적(주급)으로 지급합니다.

② 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 무능력상태가 된 후 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료 전 사고일로부터 52주를 한도로 휴업손해위로금을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 입은 상해가 다음 지급률표의 항목에 해당하는 경우로서 피보험자(보험대상자)가 본항에서 정한 일시금으로 지급받을 것을 사고일로부터 30일이내에 서면으로 회사에 통지할 경우에는 피보험자(보험대상자)는 제1항의 휴업손해위로금 대신 다음 지급률표에 의한 일시금을 지급받을 수 있습니다. 다만, 동일사고로 인한 상해에 대해서는 1종에 한합니다.

## - 지급률표 -

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

가. 제거에 의한 상실

한 개 이상의 지골(趾骨) ---------- 560,000원

한 개 이상의 지골(指骨) ---------- 420,000원

(또는 최소한 한 개 이상의 지지골(指趾骨))

나. 관절의 완전탈골

엉덩이 ---------- 840,000원

무릎(슬개골 제외) ---------- 420,000원

족골(지골(趾骨) 제외) ---------- 420,000원

발목 ---------- 420,000원

손목 ---------- 378,000원

팔꿈치 ---------- 280,000원

어깨 ---------- 210,000원

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

다. 완전골절

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

④ 피보험자(보험대상자)가 휴업손해위로금을 받는 기간중 다시 휴업손해위로금을 지급 받을 수 있는 상해를 입었을지라도 회사는 휴업손해위로금을 중복하여 드리지 아니합니다.

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

# 천재상해 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** 회사는 피보험자(보험대상자)가 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 보통약관 제6조(보상하는 손해)에 정한 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

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

# 질병사망 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 보험기간 중에 사망하거나 또는 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 이 특별약관의 사망보험가입금액 전액을 피보험자(보험대상자) 사망시 질병사망보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급하며, 80% 이상 후유장해가 남았을 경우 후유장해보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항을 적용합니다.

③ 제1항 및 제2항의 보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일로부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

④ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

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

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 제1항의 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터

5년이 경과한 이후에는 제1항에 따라 보장하여 드립니다.

**제2조(보험나이의 계산)** ① 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

② 제1항에 따라 계산된 보험나이가 계산착오로 피보험자(보험대상자)의 실제나이와 차이가 있는 경우에 실제 나이가 이 보험의 가입나이 범위내일 경우에는 실제 나이에 의하여 계약된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

**< 보험나이 계산 예시 >**

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일

⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

**제3조 (준용규정)** 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

# 특수운동중 상해위험 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** 회사는 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 1.에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동을 하는 동안에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 사망하였을 경우에는 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급하며, 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 180일 안에 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실된 경우에는 【별표1】장해분류표 각 호에 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 후유장해보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

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

# 특수운전중 상해위험 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** 회사는 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 2.에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 모타보트, 자동차, 항공기, 자전거, 동물 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(단, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)을 하는 동안에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 사망하였을 경우에는 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급하며, 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 180일 안에 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실된 경우에는 【별표1】장해분류표 각 호에 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 후유장해보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

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

# (　) 상해 사망 및 (　)%초과후유장해 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** ① 사망보험금: 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 보통약관 제6조(보상하는 손해) 및 (　) 위험을 보장하는 해당특별약관에서 정한 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로서 사고일로부터 1년 이내에 사망하였을 경우에는 사망보험금을 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급하여 드립니다. 그러나, 제2항의 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금을 지급하여 드리지 아니합니다.

② 고도후유장해보험금: 회사는 이 특별약관에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관 제6조(보상하는 손해)에 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1년이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 후유장해라 합니다)되어 **【별첨1(장해분류표)】** 각호에 정한 지급률(이하「지급률」이라 합니다)이 (　)%를 초과할 경우에는 해당 후유장해지급률에 이 특별약관의 보험가입금액을 곱하여 산출한 금액을 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.

③ 제1항의 위험이라 함은 아래와 같은 위험 중 하나를 말합니다.

1. 교통상해 사망 및 후유장해
2. 상해 사망 및 후유장해
3. 업무중상해 사망 및 후유장해
4. 특수운동중상해 사망 및 후유장해
5. 특수운전중상해 사망 및 후유장해
6. 휴일교통상해 사망 및 후유장해
7. 휴일상해 사망 및 후유장해

④ 제2항의 후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에

준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

⑥ 같은 사고로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 위 제2항에도 불구하고, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상일 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 합니다.

⑨ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑩ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 보험대상자(피보험자(보험대상자))에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 위 1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

**제2조(보상하지 아니하는 손해)** 보통약관의 제6조(보상하는 손해) 및 이 특별약관의 제1조(보상하는 손해)에도 불구하고 아래의 사유로 인한 손해는 이 특별약관에서 보상하지 아니합니다.

1. 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해)에서 정한 사항
2. 이 특별약관 제1조(보상하는 손해) 제2항의 위험을 보장하는 해당특별약관에서 보상하지 아니하는 손해

**제3조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당위험을 보장하는 특별약관을 따릅니다.

# 상해 입원일당 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관 제6조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 (  )일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 사고일로부터 180일을 한도로 (  )일 이상 입원 1일에 대하여 일당액을 입원일당으로 지급합니다.
② 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해의 치료를 목적으로 사고일로부터 180일 이내에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 합산합니다.
③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

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

< 용어 풀이 >

1. 입 원

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.

2. 의 사

피보험자(보험대상자) 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

# 질병 입원일당 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)(이하「피보험자」라 합니다)가 보험기간 중에 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 ( )일 이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다)하여 치료를 받은 경우에는 ( )일째 입원일로부터 입원 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 수익자(수익자의 지정이 없을 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일이내의 입원을 한도로 합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 질병입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

⑥ 제1항의 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1항에 따라 보장하여 드립니다.

**제2조(보상하지 아니하는 손해)** ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)

2. 피보험자(보험대상자)의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술. 그러나 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 성병
5. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
7. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
8. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
9. 위 제8호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

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

**제3조(보험나이의 계산)** ① 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

② 제1항에 따라 계산된 보험나이가 계산착오로 피보험자(보험대상자)의 실제나이와 차이가 있는 경우에 실제 나이가 이 보험의 가입나이 범위내일 경우에는 실제 나이에 의하여 계약된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

**< 보험나이 계산 예시 >**

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일

⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

**제4조(준용규정)** 이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

< 용어 풀이 >

1. 입 원

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.

2. 의 사

피보험자(보험대상자) 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

# 실손의료비 특별약관

실손 의료보험은 사람의 질병·상해 또는 이로 인한 간병에 관한 손해(의료비에 한합니다)를 보험회사가 보상하는 상품입니다

## 제1장 일반사항

**제1조(담보종목)** ① 회사가 보장하는 실손의료비 특별약관은 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형, 질병통원형, 종합(상해와 질병을 말합니다)입원형, 종합통원형 등 총 6개의 담보종목으로 구성되어 있으며, 계약자는 이들 6개 담보종목 중 한 가지 이상을 선택하여 가입할 수 있습니다.

| 담보종목 | | 보상하는 내용 |
|---|---|---|
| 상해 | 입원 | 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상 |
| | 통원 | 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상 |
| 질병 | 입원 | 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상 |
| | 통원 | 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상 |
| 종합 | 입원 | 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상 |
| | 통원 | 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상 |

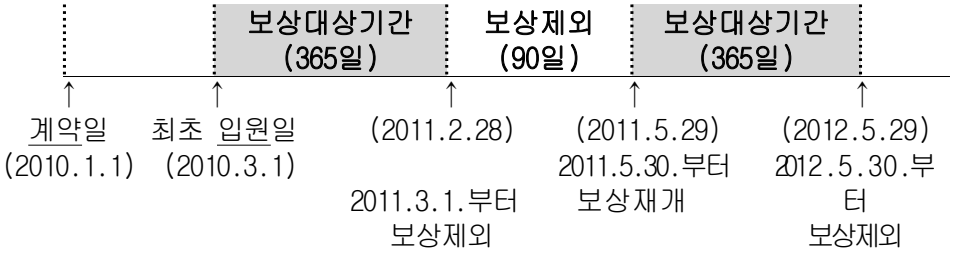
② 회사는 이 약관의 명칭에 '실손 의료비' 문구를 포함하여 사용합니다.

**제2조(용어정의)** 이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 <붙임>과 같으며 해당 용어는 이 약관에서 밑줄을 그어 표시합니다.

## 제2장 회사가 보상하는 사항

**제3조(담보종목별 보장내용)** 회사가 이 계약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

<table>
<tr><th>담보종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)<br>상해입원</td><td>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th>구 분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원실료,<br>입원제비용,<br>입원수술비</td><td>‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr>
<tr><td>상급병실료<br>차액</td><td>입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td></tr>
</table>
② 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 아니합니다.<br>③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.<br>④ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 동일한 상해로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해로 보아 다시 보상하여 드립니다.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>담보종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)<br>상해입원</td><td>
<보상기간 예시><br>


<br>⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다.<br>
⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
</td></tr>
<tr><td>(2)<br>상해통원</td><td>
① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보 상 한 도</th></tr>
<tr><td>외래</td><td>방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)</td></tr>
<tr><td>처방조제비</td><td>처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)</td></tr>
</table>
주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.
</td></tr>
</table>

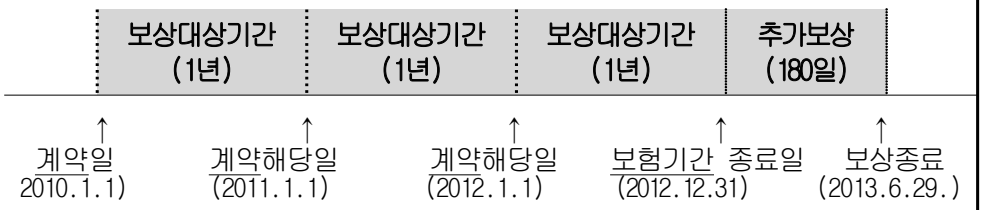
<table>
<tr><th>담보종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(2)<br>상해통원</td><td>

<표1 항목별 공제금액>

<table>
<tr><th>구 분</th><th>항 목</th><th>공제<br>금액</th></tr>
<tr><td rowspan="3">외래<br>(외래제비용<br>및<br>외래수술비<br>합계)</td><td>의료법 제3조 제6항에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제7항에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소</td><td>1만원</td></tr>
<tr><td>의료법 제3조 제3항에 의한 종합병원, 동법 제3조 제4항에 의한 병원, 치과병원, 한방병원, 동법 제3조 제5항에 의한 요양병원</td><td>1만<br>5천원</td></tr>
<tr><td>국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관</td><td>2만원</td></tr>
<tr><td>처방<br>조제비</td><td>국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)</td><td>8천원</td></tr>
</table>

② 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>




③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.

④ 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

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

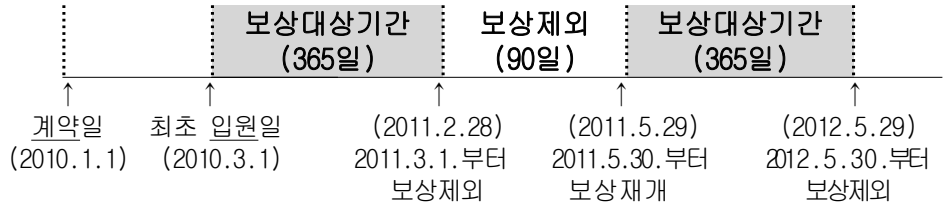
<table>
<tr><th>담보종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(2)<br>상해통원</td><td>중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.<br>⑤ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.<br>⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.</td></tr>
<tr><td>(3)<br>질병입원</td><td>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원실료,<br>입원제비용,<br>입원수술비</td><td>‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr>
<tr><td>상급병실료<br>차액</td><td>입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td></tr>
</table>
② 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.<br>③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다.)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.<br>④ 회사는 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회</td></tr>
</table>

| 담보종목 | 보상하는 사항 |
|---|---|
| (3)<br>질병입원 | 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비는 최초 입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)까지 보상하여 드립니다. 다만, 하나의 질병으로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 질병으로 인한 입원으로 보아 다시 보상하여 드립니다.<br><br><보상기간 예시><br><br><br>⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다.<br>⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.<br>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.<br>⑧ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.<br>⑨ 제8항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.<br>⑩ 이 약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다. |

<table>
<tr><th>담보종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(4)<br>질병통원</td><td>
① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보 상 한 도</th></tr>
<tr><td>외래</td><td>방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)</td></tr>
<tr><td>처방<br>조제비</td><td>처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)</td></tr>
</table>
주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.<br><br>
<표1 항목별 공제금액>
<table>
<tr><th>구 분</th><th>항 목</th><th>공제<br>금액</th></tr>
<tr><td rowspan="3">외래<br>(외래제비용<br>및<br>외래수술비<br>합계)</td><td>의료법 제3조 제6항에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제7항에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소</td><td>1만원</td></tr>
<tr><td>의료법 제3조 제3항에 의한 종합병원, 동법 제3조 제4항에 의한 병원, 치과병원, 한방병원, 동법 제3조 제5항에 의한 요양병원</td><td>1만<br>5천원</td></tr>
<tr><td>국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관</td><td>2만원</td></tr>
<tr><td>처방<br>조제비</td><td>국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)</td><td>8천원</td></tr>
</table>
② 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.
</td></tr>
</table>

| 담보종목 | 보상하는 사항 |
|---|---|
| (4)<br>질병통원 | <보상기간 예시><br><br><br>③ 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.<br>④ 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.<br>⑤ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.<br>⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.<br>⑦ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.<br>⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.<br>⑨ 이 약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다. |

<table>
<tr><th>담보종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(5)<br>종합입원</td><td>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 보험가입금액(상해당, 질병당 각각 5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th>구 분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원실료,<br>입원제비용,<br>입원수술비</td><td>‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr>
<tr><td>상급병실료<br>차액</td><td>입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td></tr>
</table>
② 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 아니합니다.<br>
③ 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.<br>
④ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 보험가입금액(상해당, 질병당 각각 5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.<br>
⑤ 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 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해 또는 질병으로 보아 다시 보상하여 드립니다.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>담보종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(5)<br>종합입원</td><td>
<보상기간 예시><br>


⑥ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제5항은 적용하지 아니합니다.<br>
⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.<br>
⑧ 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.<br>
⑨ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.<br>
⑩ 제9항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.<br>
⑪ 이 약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.
</td></tr>
<tr><td>(6)<br>종합통원</td><td>
① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보 상 한 도</th></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>담보종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(6)<br>종합통원</td><td>
<table>
<tr><td>외래</td><td>방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)</td></tr>
<tr><td>처방<br>조제비</td><td>처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)</td></tr>
</table>
주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.<br><br>
<표1 항목별 공제금액>
<table>
<tr><th>구 분</th><th>항 목</th><th>공제<br>금액</th></tr>
<tr><td rowspan="3">외래<br>(외래제비용<br>및<br>외래수술비<br>합계)</td><td>의료법 제3조 제6항에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제7항에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소</td><td>1만원</td></tr>
<tr><td>의료법 제3조 제3항에 의한 종합병원, 동법 제3조 제4항에 의한 병원, 치과병원, 한방병원, 동법 제3조 제5항에 의한 요양병원</td><td>1만<br>5천원</td></tr>
<tr><td>국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관</td><td>2만원</td></tr>
<tr><td>처방<br>조제비</td><td>국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)</td><td>8천원</td></tr>
</table>
② 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 아니합니다.<br>
③ 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.<br>
④ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함
</td></tr>
</table>

| 담보종목 | 보상하는 사항 |
|---|---|
| (6)<br>종합통원 | 합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.<br>⑤ 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.<br><br><보상기간 예시><br><br><br><br>⑥ 하나의 상해 또는 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해 또는 하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제5항을 적용합니다.<br>⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.<br>⑧ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.<br>⑨ 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.<br>⑩ 이 약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다. |

## 제3장 회사가 보상하지 않는 사항

**제4조(보상하지 않는 사항)** 회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

| 담보종목 | 보상하지 않는 사항 |
|---|---|
| (1) 상해 입원 | ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.<br>1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다.<br>2. 계약자의 고의<br>3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.<br>4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.<br>5. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용<br>6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동<br>7. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 사고(방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염을 포함합니다)<br>8. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.<br>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.<br>1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩<br>2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)<br>3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승 |

| 담보종목 | 보상하지 않는 사항 |
| --- | --- |
| (1)<br>상해<br>입원 | ③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.<br>1. 치과치료·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비<br>2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액<br>3. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.<br>4. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.<br>5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)<br>6. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비<br>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등<br>나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술<br>다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술<br>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술<br>7. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용<br>8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.<br>9. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비 |
| (2)<br>상해<br>통원 | ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.<br>1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다. |

| 담보종목 | 보상하지 않는 사항 |
| --- | --- |
| (2)<br>상해<br>통원 | 2. 계약자의 고의<br>3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.<br>4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다),산후기로 통원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.<br>5. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용<br>6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동<br>7. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 사고(방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염을 포함합니다)<br>8. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.<br>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.<br>1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동<br>2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)<br>3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승<br>③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.<br>1. 치과치료·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비<br>2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액 |
| (2) | 3. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. |

| 담보종목 | 보상하지 않는 사항 |
| --- | --- |
| 상해<br>통원 | 4. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.<br>5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)<br>6. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비<br>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등<br>나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술<br>다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술<br>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술<br>7. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용<br>8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.<br>9. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비 |
| (3)<br>질병<br>입원 | ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.<br>1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.<br>2. 계약자의 고의<br>3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.<br>4. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. |

| 담보종목 | 보상하지 않는 사항 |
| --- | --- |
| (3) 질병 입원 | ② 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.<br>1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)<br>2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)<br>3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)<br>4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)<br>5. 비만(E66)<br>6. 비뇨기계 장애(N39, R32)<br>7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62)<br>③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.<br>1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비<br>2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액<br>3. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.<br>4. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.<br>5. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비<br>가. 단순한 피로 또는 권태<br>나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환<br>다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 검열반 등 안과질환<br>6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)<br>7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 |

| 담보종목 | 보상하지 않는 사항 |
| --- | --- |
| (3)<br>질병<br>입원 | 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등<br>나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술<br>다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술<br>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술<br>8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용<br>9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.<br>10. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)<br>11. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비 |
| (4)<br>질병<br>통원 | ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.<br>1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.<br>2. 계약자의 고의<br>3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.<br>4. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.<br>② 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.<br>1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)<br>2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)<br>3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99)<br>4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) |

| 담보종목 | 보상하지 않는 사항 |
| --- | --- |
| (4)<br>질병<br>통원<br><br><br><

| 담보종목 | 보상하지 않는 사항 |
|---|---|
| 질병<br>통원 | 9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.<br>10. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)<br>11. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비 |
| (5)<br>종합<br>입원 | ① 상해에 대하여는 '상해입원'을 적용<br>② 질병에 대하여는 '질병입원'을 적용 |
| (6)<br>종합<br>통원 | ① 상해에 대하여는 '상해통원'을 적용<br>② 질병에 대하여는 '질병통원'을 적용 |

## 제4장 계약의 성립과 유지

**제5조(계약의 성립)** ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 "진단계약"이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 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 이 계약의 예정이율(이하 "예정이율"이라 합니다) + 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 아니합니다.

**제6조(청약의 철회)** ① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약에서 진단을 받은

후, 단체(취급)계약 및 보험기간이 1년 미만인 경우에는 그러하지 아니합니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날로부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알고 있는 경우를 제외하고 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

**제7조(계약내용의 변경 등)** ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목 또는 담보종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 계약자, 수익자
5. 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 제5호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제18조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
④ 계약자가 제1항 제4호의 규정에 의하여 수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

**제8조(보험나이 등)** ①이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후

매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
③ 피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는  보험금을 현재 납입되고 있는 보험료에 의해서 정정된 나이 및 성별에 적용되는 보험금의 금액으로 합니다.
④ 단체계약에 따른 대표나이는 평균나이 또는 평균보험료나이의 보험료를 적용할 수 있습니다.

**제9조(계약의 무효)** 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 그러나 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

**제10조(계약의 소멸)** 피보험자(보험대상자)의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

**제11조(계약자의 임의해지)** 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

## 제5장 보험료의 납입 등

**제12조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)** ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일(책임개시일)”이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 계약 전 알릴 의무를 위반한 경우에는 그러하지 아니합니다.

**제13조(제2회 이후 보험료의 납입)** ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약 체결 시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.
② 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 예정이율로 할인하여 드립니다. 이 경우 계약이 보험기간중에 소멸 또는 변경되거나 보험료납입이 면제되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 예정이율로 계산한 금액를 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

**제14조(보험료의 자동대출납입)** ① 계약자는 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 합산한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제18조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

**제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)** ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 수익자를 포함합니

다)에게 납입최고(독촉)기간 내에  연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출원리금을 상계할 수 있다는 내용을 포함합니다)을 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
② 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

**제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))** ① 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출에 의하여 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 예정이율 + 1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 보험종목별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제5조(계약의 성립), 제12조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제22조(계약 전 알릴의무) 및 제24조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

**제17조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))** ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제7조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 수익자에게 통지하여야 합니다.
② 회사는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
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 날로부터 7일 이내에 하여야 합니다.
⑤ 수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)로부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

**제18조(해약환급금)** ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

**제19조(배당금의 지급)** ① 회사는 금융감독원장이 정하는 방법에 따라 회사가 결정한 배당금을 계약자에게 지급합니다.
② 회사는 배당금 지급이 결정되었을 때에는 그 내역을 계약자에게 알려 드립니다.

## 제6장 다수보험의 처리 등

**제20조(다수보험의 처리)** ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 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 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

**제21조(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 의하여 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.

## 제7장 계약 전 알릴의무 등

**제22조(계약 전 알릴 의무)** 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

**제23조(상해보험계약 후 알릴 의무)** ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 상해에 관해서는 그러하지 아니합니다.

④ 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제3항에 의해 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

**제24조(알릴 의무 위반의 효과)** ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제22조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하

는 경우.

2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제23조(상해보험계약 후 알릴 의무)제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 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 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

③ 제1항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

④ 제1항제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 알려 드립니다. 또한, 이 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다.

⑤ 보험금 지급사유가 제1항에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된 때에는 제4항에 관계없이 보상하여 드립니다.

**제25조(중대사유로 인한 해지)** ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 회사에게 보험금(보험료 납입 면제를 포함합니다)을 지급하게 할 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 해약환급금을 지급합니다.

**제26조(사기에 의한 계약)** 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역바이러스(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.

## 제8장 보험금 지급의 절차 등

**제27조(주소변경통지)** ① 계약자 또는 수익자(타인을 위한 보험계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

**제28조(대표자의 지정)** ① 계약자 또는 수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

**제29조(보험금 지급사유의 통지)** 계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 수익자는 보

험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

**제30조(보험금 등 청구시 구비서류)** 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서 (진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서를 포함합니다)
4. 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

**제31조(보험금의 지급)** ① 회사는 제30조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유, 지급예정일을 피보험자(보험대상자) 또는 수익자에게 통지하여 드립니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

④ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자는 제24조(알릴의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 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 아니합니다.

**제32조(환급금의 지급)** ① 회사는 계약자 및 수익자의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의 기간은 예정이율+1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

② 회사는 중도환급금 또는 만기환급금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이

전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 수익자에게 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 수익자에게 알린 경우의 중도환급금 또는 만기환급금과 해약환급금은 다음 각 호에서 정한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 만기환급금 및 해약환급금의 경우 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용합니다.
2. 중도환급금의 경우 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 보험기간 만기일까지의 기간은 예정이율을 적용하고, 보험기간 만기일의 다음날부터 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용합니다.

**제33조(보험금 받는 방법의 변경)** ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 계약의 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

**제34조(계약내용의 교환)** 회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자(보험대상자)의 상해 및 질병에 관한 정보

**제35조(보험계약대출)** ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한

방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금과 상계할 수 있습니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출원리금을 상계합니다.
④ 회사는 수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

## 제9장 분쟁조정 등

**제36조(약관교부 및 설명의무 등)** ① 회사는 계약을 체결(갱신, 계약양도를 포함합니다)할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 청약서 부본을 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 청약서 부본을 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부본을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항 3문의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 수익자가 동일한 계약의 경우

2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

⑤ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 그 결과 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약의 피보험자(보험대상자)로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

**제37조(소멸시효)** 보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

**제38조(분쟁의 조정)** 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

**제39조(관할법원)** 이 계약에 관한 소송은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

**제40조(약관의 해석)** ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

**제41조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)** 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

**제42조(회사의 손해배상책임)** 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험 설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여는 보험업법 등 관계 법률에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

**제43조(회사의 파산선고와 해지)** ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.
③ 제1항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

**제44조(예금보험기금에 의한 지급보장)** 회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

**제45조(준거법)** 이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

<붙임> 용어의 정의

| 용 어 | 정 의 |
|---|---|
| 계약 | 보험계약 |
| 계약자 | 보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람 |
| 피보험자<br>(보험대상자) | 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 |
| 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 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨 |
| 약국 | 약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외 |
| 병원 | 국민건강보험법 제40조(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 |
| 입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관 | 보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음 |
| 기준병실 | 병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실 |
| 입원실료 | 입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함 |
| 입원제비용 | 입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함 |
| 입원수술비 | 입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함 |
| 입원의료비 | 입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨 |
| 통원 | 의사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 |

| 용 어 | 정 의 |
|---|---|
| | 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것 |
| 처방조제 | 의사 및 약사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업예외지역에서 약사의 직접조제 포함) |
| 외래제비용 | 통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함 |
| 외래수술비 | 통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함 |
| 처방조제비 | 병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함 |
| 통원의료비 | 외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨 |
| 요양급여 | 국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함<br>1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 |
| 본인부담금 상한제 | 국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름 |
| 보상대상의료비 | 실제 부담액 - 보상제외금액 |
| 보상책임액 | (실제 부담액 -보상제외금액) ×회사부담비율 |
| 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 |

# 국민건강보험 미가입자 추가특별약관

**제1조(적용대상)** 이 추가특별약관의 피보험자(보험대상자)는 실손의료비 특약에 가입한 피보험자(보험대상자) 중 국민건강보험법의 적용을 받지 아니하는 자로 합니다.

**제2조(계약후 알릴의무)** ① 보험기간중에 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법에 정한 자격을 취득하였을 때 계약자는 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
② 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법에 정한 자격을 취득한 경우 그 사실이 발생된 날로부터 이 특별약관은 해지되며 회사는 경과하지 아니한 기간에 대하여 일단위로 계산한 정해진 보험료를 환급하여 드립니다.

**제3조(담보종목별 보장내용)** ① 실손의료비 특별약관 제3조(담보종목별 보장내용) 각 담보종목(상해입원, 상해통원, 질병입원, 질병통원, 종합입원, 종합통원)에서 정한 "피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)"에도 불구하고 동 특별약관 제3조(담보종목별 보장내용) 각 담보종목(상해입원, 상해통원, 질병입원, 질병통원, 종합입원, 종합통원)의 제1항에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

**제4조(준용규정)** 이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

# 화상수술위로금 특별약관

**제1조 (보상하는 손해)** ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관 제6조(보상하는 손해)에서 정한 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다) 상해를 입고 그 직접결과로써【별표2(화상분류표)】에서 정하는 화상을 입고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액 전액을 화상수술급여금으로 지급하여 드립니다.
② 위 제1항의 피보험자(보험대상자)가 동시에 두 종류 이상의 화상 수술을 받을 경우에는 한 종류의 화상수술위로금만을 지급하여 드립니다.

**제2조 (보상하지 아니하는 손해)** 회사는 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해)의 제 1항 및 제2항에 아래의 사항을 추가합니다.

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

**제3조 (수술의 정의)** ① 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라합니다)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 화상 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용해서 생체에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
② 제1항에도 불구하고 수술을 대체하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정되고 있는 첨단의 의료기법으로 시술한 경우에도 수술로 봅니다.

**제4조 (화상의 정의)** 이 특별약관 계약에 있어서 "화상"이라 함은 "한국표준질병사인분류"에 의하여【별표2】에서 정하는 "화상분류표"에 따릅니다.

**제5조 (보험금 등 청구시 구비서류)** 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 보험금을 청구할 때에는 의사의 진단서를 제출하여야 합니다.

**제6조 (준용규정)** 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

# 암치료비 특별약관(Ⅱ)

**제1조(보상하는 손해)** ① 회사는 이 특별약관에 따라 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해)의 제1항 4.에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암, 상피내암, 기타피부암 또는 경계성종양으로 진단확정된 경우 아래에 정한 금액을 각각 1회에 한하여 지급합니다.

| 구 분 | 지급보험금 |
|---|---|
| 암 진단확정시(기타피부암 제외) | 가입금액의 100% |
| 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 진단확정시 | 가입금액의 20% |

② 제1항의 보장개시일은 암은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 하며, 상피내암, 기타피부암, 경계성종양은 보험기간의 첫날로 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 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 아니합니다.

**제2조(암의 정의 및 진단확정)** ① 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 제5차 한국표준질병 사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표3】「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 「기타 피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」중에서 【별표3】의「악성신생물 분류표」의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 「상피내암」이라 함은 제5차 한국표준질병 사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표4】「상피내의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제5차 한국표준질병 사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표5】「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

⑤ 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는

혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제3조(보험나이의 계산)** ① 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 제1항에 따라 계산된 보험나이가 계산착오로 피보험자(보험대상자)의 실제나이와 차이가 있는 경우에 실제 나이가 이 보험의 가입나이 범위내일 경우에는 실제 나이에 의하여 계약된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

**< 보험나이 계산 예시 >**

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일
⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

**제4조(단체나이의 지정)** 단체계약의 보험료 산출시 단체의 평균보험료나이 또는 평균나이를 적용할 수 있습니다.

**제5조(손해보상후의 계약)** 회사가 이 특별약관 제1조(보상하는 손해)에서 정한 암(기타피부암 제외), 상피내암, 기타피부암 또는 경계성종양 손해를 각 1회씩 모두 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제6조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

# 암수술급여금 특별약관(Ⅱ)

**제1조(보상하는 손해)** ① 회사는 이 특별약관에 따라 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해) 제1항의 4.에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 제2항에 정한 보장개시일 이후에 암, 상피내암, 기타피부암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 암수술비로 수익자(수익자의 지정이 없을 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 보장개시일은 암은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 (  )일이 지난날의 다음날로 하며, 상피내암, 기타피부암, 경계성종양은 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1조(보상하는 손해)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는  경우에는 적용하지 아니합니다.

**제2조(암수술급여금)** ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 제1조(보상하는 손해) 제1항의 이유로 수술시에는 아래의 금액을 암수술급여금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

| 구 분 | 지급보험금 |
|---|---|
| 암 수술시(기타피부암 제외) | 가입금액의 100% |
| 상피내암, 기타피부암 또는 경계성종양 수술시 | 가입금액의 20% |

② 피보험자(보험대상자)가 동시에 두종류 이상의 암수술을 받을 경우에는 그 수술중 가장 높은 급여에 해당하는 수술에 대한 암수술급여금만을 지급합니다.

**제3조(암의 정의 및 진단확정)** ① 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 제5차 한국표준질병 사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표3】「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」중에서 【별표3】의 「악성신생물 분류표」의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 「상피내암」이라 함은 제5차 한국표준질병 사인분류에

있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표4】「상피내의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.
④ 이 계약에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제5차 한국표준질병 사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표5】「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.
⑤ 암, 상피내암, 기타피부암 또는 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암, 상피내암, 기타피부암 또는 경계성종양에 대한 임상학적 진단이 암, 상피내암, 기타피부암 또는 경계성종양의 증거로 인정됩니다.이 경우에는 피보험자(보험대상자)가 암, 상피내암, 기타피부암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다

**제4조(수술의 정의)** ① 제1조(보상하는 손해)의 「수술」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 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 것을 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 신경차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
② 제1항에도 불구하고 수술을 대체하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정되고 있는 첨단의 의료기법으로 시술한 경우에도 수술로 봅니다.

**제5조(보험나이의 계산)** ① 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 제1항에 따라 계산된 보험나이가 계산착오로 피보험자(보험대상자)의 실제나이와 차이가 있는 경우에 실제 나이가 이 보험의 가입나이 범위내일 경우에는 실제 나이에 의하여 계약된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경

에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

**< 보험나이 계산 예시 >**

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일

⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

**제6조(단체나이의 지정)** 단체계약의 보험료 산출시 단체의 평균보험료나이 또는 평균나이를 적용할 수 있습니다.

**제7조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

# 고액암치료비 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** ① 회사는 이 특별약관에 따라 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해)의 제1항 4.에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보험기간중 암에 대한 보장개시일 이후에 고액암으로 진단확정된 경우 아래에 정한 금액을 1회에 한하여 지급합니다.

| 구 분 | 지급보험금 |
|---|---|
| 고액암 진단확정시 | 가입금액의 100% |

② 제1항의 고액암에 대한 보장개시일은 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 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 아니합니다.

**제2조(고액암의 정의 및 진단확정)** ① 이 계약에 있어서 「고액암」이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 「고액암」으로 분류되는 질병으로서 【별표6】「고액암분류표」에서 정한 다음의 질병을 말합니다.

- '식도의 악성신생물', '췌장(이자)의 악성신생물', '뼈 및 관절연골의 악성신생물', '뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물', '림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물'

② 고액암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 고액암에 대한 임상학적 진단이 고액암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자(보험대상자)가 고액암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제3조(보험나이의 계산)** ① 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

② 제1항에 따라 계산된 보험나이가 계산착오로 피보험자(보험대상자)의 실제나이

와 차이가 있는 경우에 실제 나이가 이 보험의 가입나이 범위내일 경우에는 실제 나이에 의하여 계약된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

**< 보험나이 계산 예시 >**

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일

⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

**제4조(단체나이의 지정)** 단체계약의 보험료 산출시 단체의 평균보험료나이 또는 평균나이를 적용할 수 있습니다.

**제5조(손해보상후의 계약)** 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제6조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

# 소아3대암 치료비 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** ① 회사는 이 특별약관에 따라 보통약관 제7조(보상하지 아니하는 손해)의 제1항 4.에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보험기간중 소아3대암에 대한 보장개시일 이후에 소아3대암으로 진단확정된 경우 아래에 정한 금액을 각각 1회에 한하여 지급합니다.

| 구 분 | 지급보험금 |
|---|---|
| 소아3대암 진단확정시 | 가입금액의 100% |

② 제1항의 소아3대암에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 (  )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 위 제1조(보상하는 손해) 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 아니합니다.
③ 제1조(보상하는 손해) 제1항의 피보험자(보험대상자)는 18세미만에 한 합니다.

**제2조(소아3대암의 정의 및 진단확정)** ① 이 계약에 있어서 「소아3대암」이라 함은 제5차 한국표준질병 사인분류에 있어서 백혈병, 뇌암, 임파선암으로 분류되는 질병(**【별표7】**「소아3대암 분류표」참조)을 말합니다. 다만, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.
② 소아3대암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 소아3대암에 대한 임상학적 진단이 소아3대암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자(보험대상자)가 소아3대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제3조(보험나이의 계산)** ① 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

② 제1항에 따라 계산된 보험나이가 계산착오로 피보험자(보험대상자)의 실제나이와 차이가 있는 경우에 실제 나이가 이 보험의 가입나이 범위내일 경우에는 실제 나이에 의하여 계약된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

**< 보험나이 계산 예시 >**

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일

⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

**제4조(단체나이의 지정)** 단체계약의 보험료 산출시 단체의 평균보험료나이 또는 평균나이를 적용할 수 있습니다.

**제5조(손해보상후의 계약)** 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

**제6조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

# 식중독위로금 특별약관

**제1조 (보상하는 손해)** ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 음식물의 섭취로 인해 중독(이하 「식중독」이라 합니다)이 발생하고 그 직접적인 결과로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 2일이상 입원하여 치료를 받은 경우 이 특약의 보험가입금액을 식중독위로금으로 지급합니다. 다만, 입원하지 않고 외래진료만 받은 경우는 제외합니다.

② 제1항에서 식중독이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써 【별표8(식중독 분류표)】에 해당하는 질병으로 분류되는 경우를 말합니다.

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

# 유괴·납치 및 인질 위로금 특별약관

**제1조 (보상하는 손해)** ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 국내에서 타인에 의해 유괴, 납치, 불법감금 등으로 억류상태에 놓이게 되어 관할행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 경과한 시점까지 구출 또는 억류해제 되지 않은 경우 수익자에게 일당위로금을 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 실력지배 하에 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 아니합니다.

**제2조 (보험금의 지급)** 회사는 이 특별약관에 따라 지급할 보험금은 사고발생 사실을 관할행정기관에 신고한 시점부터 피보험자(보험대상자)가 구출 또는 억류해제 되거나 사망사실이 확인된 시점까지 일일 (  )만원을 90일 한도로 위로금을 지급합니다.

**제4조 (보험금의 회수)** 회사는 보험금이 지급된 경우라도 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의가 판명되었을 때에는 지급된 보험금을 회수합니다.

**제5조 (준용규정)** 이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

# 상해 입원의료비(4일이상) 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 보통약관 제6조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 4일이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 입원의료비로 지급합니다.

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

**< 용어 풀이 >**

1. 입 원

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.

2. 의 사

피보험자(보험대상자) 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

# 골절수술비 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중에 보통약관 제6조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 인하여 신체에 상해를 입고 그 직접적인 결과로 【별표9】(골절분류표)에 정한 골절(이하「골절」이라 합니다)로 수술한 경우 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 골절수술비로 수익자(수익자의 지정이 없을 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.
② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 골절상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

**제2조(수술의 정의)** ① 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라합니다)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 골절의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용해서 생체에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
② 제1항에도 불구하고 수술을 대체하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정되고 있는 첨단의 의료기법으로 시술한 경우에도 수술로 봅니다.

**제3조(준용규정)** 이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

# 응급비용 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 「응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)」에 해당되는 증상으로 긴급하게 병원으로 이송되어 필요한 응급처치를 받은 후, 계속해서 치료할 목적으로 입원한 경우(사망한 경우 포함)에는 가입금액을 응급비용으로 지급합니다.

**제2조(보험금 청구시 구비서류)** 계약자, 피보험자(보험대상자)(또는 수익자)는 「보통약관 제19조(보험금 청구시 구비서류)」의 서류 외에 피보험자(보험대상자)가 응급환자임을 증명할 수 있는 서류(응급의료종사자의 응급환자 확인서 등)를 제출하여야 합니다.

**제3조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

# 상해 사망위험 보상제외 특별약관

**제1조(보상하지 아니하는 손해)** 회사는 보통약관 제8조(사망보험금)에도 불구하고 사망보험금을 보상하지 아니합니다.

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

# 상해 후유장해위험 보상제외 특별약관

**제1조(보상하지 아니하는 손해)** 회사는 보통약관 제9조(후유장해보험금)에도 불구하고 후유장해보험금을 보상하지 아니합니다.

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

# 부부확장 특별약관

**제1조(피보험자(보험대상자)의 범위)** 회사는 이 특별약관에 의하여 피보험자(보험대상자) 본인(이하 “본인”이라 합니다) 및 보험증권(보험가입증서)에 기재된 본인의 배우자를 (  )약관 제( )조(보상하는 손해)의 피보험자(보험대상자)로 합니다.

**제2조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 (  )약관을 따릅니다.

# 가족확장 특별약관

**제1조(피보험자(보험대상자)의 범위)** ① 회사는 이 특별약관에 의하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자) 본인 (이하 「본인」이라 합니다)과 그 가족을 보통약관(해당 특별약관을 포함합니다)의 피보험자(보험대상자)로 합니다.

② 제1항의 가족이라 함은 다음의 사람으로서 보험증권(보험가입증서)에 기재된 자를 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
5. 민법 제777조(친족의 범위)에서 정한 본인의 친족 및 배우자의 친족

**제2조(보험가입금액)** 회사는 본인, 배우자 및 가족에 대하여 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 기준으로 보상하여 드립니다.

**제3조(준용규정)** 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

# 신용카드이용 보험료납입 특별약관

**제1조(적용범위)** 이 특별약관은 신용카드회사의 카드회원인 계약자가 신용카드를 이용하여 보험료를 납입하는 경우에  적용합니다.

**제2조(보험료의 영수)** 회사는 신용카드이용 보험료납입 특별약관에 따라 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정해진 신용카드로써 보험료를 결제하고 카드회사의 승인을 받는 시점을 보험료의 영수시점으로 봅니다.

**제3조(사고카드 계약)** ① 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 때에는 이 계약은 회사의 보장개시일로부터 그 효력을 상실합니다.
② 제1항의 사고카드라 함은 유효기간이 경과한 카드, 위조변조된 카드, 무효 또는 거래정지통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드 등을 말합니다.

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

# 보험료분납 특별약관

**제1조(보험료의 분납)** 개인을 피보험자(보험대상자)로 하는 계약자는 연간 적용보험료가 150,000원 이상인 경우 이 특별약관에 따라 보험료를 (  )회 분할하여 회사에 납입합니다.

**제2조(나눠내는 보험료의 납입)** ① 계약자는 나눠내는 보험료를 다음 방법에 따라 정한 날짜까지 내야 합니다.

1. 2회분납 : 제1회 분납 (70%),  년 월 일 계약을 체결할 때 납입
제2회 분납 (30%),  년 월 일 납입
(단, 적용보험료에 2%를 할증하여 분할 납입합니다)

2. 4회분납 : 제1회 분납 (40%),  년 월 일 계약을 체결할 때 납입
제2회 분납 (30%),  년 월 일 납입
제3회 분납 (15%),  년 월 일 납입
제4회 분납 (15%),  년 월 일 납입
(단, 적용보험료에 3%를 할증하여 분할 납입합니다)

3. 12회 분납 : 12회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다.
(단, 적용보험료에 3.33%를 할증하여 분할 납입합니다)
제1회 분납,  년 월 일 계약을 체결할 때 납입
제2회 이후,  매월 일 납입

② 단기계약(보험기간 1년미만) 및 장기계약(보험기간 1년초과)에 대해서는 이 특별약관을 적용하지 아니합니다.

**제3조(계약의 해지)** ① 회사는 제2회 이후의 분납보험료가 위에 정한 기일까지 납입되지 않았을 때에는 14일간의 납입최고(독촉)기간을 둡니다. 납입최고(독촉)기간 내에 발생한 사고에 대하여는 보상하여 드립니다.
② 회사는 납입최고(독촉)기간 만료 7일 이전에 계약의 해지를 예고하고 그후 계약자가 보험료를 최고기간의 만료일까지 납입하지 아니하면 최고기간이 끝나는 날의 다음 날 계약을 해지합니다.

**제4조(미납입보험료의 공제)** 회사가 계약에 따라 보험금을 지급하는 경우 보험금이 이미 받은 보험료를 넘을 때에는 미납입보험료 전액을 공제한 잔액을 드립니다.

**제5조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

# 보험료 자동이체납입 특별약관

**제1조(보험료의 납입)** 계약자는 보험료분납 특별약관 또는 단체계약 보험료분납 특별약관에 의하여 보험료를 분납하는 경우 제2회차 이후의 보험료를 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행 지정계좌를 이용하여 자동납입합니다.

**제2조(자동납입 신청)** 계약자는 보험계약과 동시에 계약자의 거래은행 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입하는 별첨 신청서를 작성합니다.

**제3조(보험료의 영수)** 자동납입일자는 보험계약 청약서에 기재된 보험료 납입 해당일에도 불구하고 해당월의 계약자가 희망하는 일자에 회사와 합의하는 일자로 합니다.

**제4조(계약후 알릴 의무)** 계약자는 거래은행 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 즉시 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

**제5조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

# 단체취급 특별약관

**제1조(적용범위)** ① 이 단체취급 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다)은 보통약관(특별약관이 첨부되어 있을 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때, 5인 이상의 단체를 대상으로 하여 계약(이하 "단체취급 계약'이라 합니다)을 체결하는 경우에 한하여 적용합니다.

② 제 1항의 단체에서 다음과 같은 경우는 제외합니다.

가. 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체

나. 비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회 등 동업자 단체로 5인 이상 구성원이 있는 단체

다. 그 밖에 단체의 구성원이 명확하고 위험의 동질성이 확보되어 계약의 일괄관리가 가능한 단체로서 5인 이상 구성원이 있는 단체

라. 상품(각종 재화, 용역 및 서비스)의 다수구매자단체

**제2조(피보험자(보험대상자)의 증가, 감소 또는 교체)** ① 계약을 맺은 후 피보험자(보험대상자)를 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.

② 이 계약기간중 피보험자(보험대상자) 감소의 경우는 당해 피보험자(보험대상자)의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자(보험대상자)의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려드립니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 피보험자(보험대상자)에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

**제3조(적용상의 특칙)** 회사는 계약자에게만 보험증권을 교부하여 드립니다.

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

# ① 단체취급 특별약관 보험료정산 추가특별약관

**제1조(보험료의 정산)** ① 회사는 단체취급 특별약관(이하 “특별약관” 이라 합니다) 제2조의 제2항에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.
② 회사는 특별약관 제2조의 제3항과 관계없이 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자(보험대상자)에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

**제2조(피보험자(보험대상자)의 명부)** 계약자는 항상 피보험자(보험대상자) 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 피보험자(보험대상자)수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자(보험대상자)수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출하여야 합니다.
2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 위 1.에 의한 피보험자(보험대상자)수에 따라 산출된 확정보험료와 계약체결시 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

**제5조(준용규정)** 이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당특별약관을 따릅니다.

# (　　)보험금만의 지급 특별약관

**제1조(보상하는 손해)** 회사는 (　　)약관에 관계없이 (　　)보험금만을 지급합니다.

**제2조(준용규정)** 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 (　　)약관을 따릅니다.

# 지정대리청구서비스 특별약관

**제1조(적용대상)**

이 특별약관(이하 “특약”)은 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

**제2조(특약의 체결 및 소멸)**

① 이 특약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)

② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

**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. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

**제4조(지정대리청구인의 변경지정)**

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권(보험가입증서)
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

**제5조(보험금 지급 등의 절차)**

① 지정대리청구인은 제6조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 아니합니다.

**제6조(보험금 등 청구시 구비서류)**

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자(보험대상자)의 인감증명서
5. 피보험자(보험대상자) 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

**제7조(준용규정)**

이 특약에서 정하지 아니한 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

# 【별표 1】장해분류표

## 1. 총칙

### 1. 장해의 정의

1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 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 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 한시장해 지급률로 정합니다.

### 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·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

### 3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
3) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 간병여부 ② 객관적 이유 및 간병의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

## ②장해분류별 판정기준

### 1. 눈의 장해

#### 가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률 |
|---|---|
| 1) 두눈이 멀었을 때 | 100 |
| 2) 한눈이 멀었을 때 | 50 |
| 3) 한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때 | 35 |
| 4) " 0.06 " | 25 |
| 5) " 0.1 " | 15 |
| 6) " 0.2 " | 5 |
| 7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때 | 10 |
| 8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때 | 5 |
| 9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때 | 10 |
| 10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때 | 5 |

#### 나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때" 라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함

하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자(보험대상자)에 유리한 것을 적용한다.

## 2. 귀의 장해

### 가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률 |
|---|---|
| 1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때 | 80 |
| 2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때 | 45 |
| 3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때 | 25 |
| 4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때 | 15 |
| 5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때 | 5 |
| 6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때 | 10 |

### 나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 어음향방사검사” 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

### 다. 귓바퀴의 결손

1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습) 장해로 평가한다.

## 3. 코의 장해

### 가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률 |
|---|---|
| 1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때 | 15 |

**나. 장해판정기준**

1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 더하여 지급한다.

## 4. 씹어먹거나 말하는 장해

**가. 장해의 분류**

| 장해의 분류 | 지급률 |
|---|---|
| 1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때 | 100 |
| 2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때 | 80 |
| 3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 40 |
| 4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 20 |
| 5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때 | 10 |
| 6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때 | 5 |
| 7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때 | 20 |
| 8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때 | 10 |
| 9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때 | 5 |

**나. 장해의 평가기준**

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) **“**말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
   ① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
   ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
   ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ)
   ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음

을 할 수 없는 경우를 말한다.

8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

## 5. 외모의 추상(추한 모습)장해

### 가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률 |
|---|---|
| 1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때 | 15 |
| 2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때 | 5 |

### 나. 장해판정기준

1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

### 다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
   ② 길이 10cm 이상의 (외모의/두부 또는 안면부)흉터
   ③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
   ④ 코의 1/2이상 결손
2) 머리
   ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

### 라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
   ② 길이 5cm 이상의 (외모의/두부 또는 안면부)흉터
   ③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
   ④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
   ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
   ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

**마. 손바닥 크기**

"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

## 6. 척추(등뼈)의 장해

### 가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률 |
|---|---|
| 1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때 | 40 |
| 2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때 | 30 |
| 3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때 | 10 |
| 4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때 | 50 |
| 5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때 | 30 |
| 6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때 | 15 |
| 7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크) | 20 |
| 8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크) | 15 |
| 9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크) | 10 |

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
   척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
   ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
   ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때

5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태

6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영[CT], 자기공명영상[MRI] 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우

12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

## 7. 체간골의 장해

### 가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률 |
|---|---|
| 1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때 | 15 |
| 2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때 | 10 |

### 나. 장해판정기준

1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.

2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
   ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
   ② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

## 8. 팔의 장해

### 가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률 |
|---|---|
| 1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때 | 100 |
| 2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때 | 60 |
| 3) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때 | 30 |
| 4) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때 | 20 |
| 5) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 10 |
| 6) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때 | 5 |
| 7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 20 |
| 8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때 | 10 |
| 9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때 | 5 |

### 나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한팔의 손목이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해

각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은

① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우

나) “심한 장해”라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우

② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우

다) “뚜렷한 장해”라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) “약간의 장해”라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

**다. 지급률의 결정**

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대관절중 1관절에 기형장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

## 9. 다리의 장해

**가. 장해의 분류**

| 장해의 분류 | 지급률 |
|---|---|
| 1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때 | 100 |
| 2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때 | 60 |
| 3) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때 | 30 |
| 4) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때 | 20 |
| 5) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 10 |
| 6) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때 | 5 |
| 7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 20 |
| 8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때 | 10 |
| 9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때 | 5 |
| 10) 한다리가 5cm 이상 짧아진 때 | 30 |
| 11) 한다리가 3cm 이상 짧아진 때 | 15 |
| 12) 한다리가 1cm 이상 짧아진 때 | 5 |

**나. 장해판정기준**

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
   ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)"인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
   ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
   ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
   ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직

이는 것)이 있는 경우

라) “약간의 장해”라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.
다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

**다. 지급률의 결정**

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

2) 한 다리의 3대관절중 1관절에 기형장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

## 10. 손가락의 장해

### 가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률 |
|---|---|
| 1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때 | 55 |
| 2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때 | 15 |
| 3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다) | 10 |
| 4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 30 |
| 5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 10 |
| 6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락 마다) | 5 |

### 나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째 손가락 이의의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 더하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

## 11. 발가락의 장해

### 가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률 |
|---|---|
| 1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때 | 40 |
| 2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때 | 30 |
| 3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때 | 10 |
| 4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다) | 5 |
| 5) 한발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 20 |
| 6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 8 |
| 7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다) | 3 |

### 나. 장해판정기준

1) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.

4) “발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

## 12. 흉・복부장기 및 비뇨생식기의 장해

### 가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률 |
|---|---|
| 1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때 | 75 |
| 2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 50 |
| 3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때 | 20 |

### 나. 장해의 판정기준

1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때” 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가대상으로 인정하지 않는다.

## 13. 신경계・정신행동 장해

## 가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률 |
|---|---|
| 1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때 | 10~100 |
| 2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때 | 100 |
| 3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때 | 70 |
| 4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태 | 40 |
| 5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점 | 100 |
| 6) 심한 치매 : CDR 척도 4점 | 80 |
| 7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점 | 60 |
| 8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점 | 40 |
| 9) 심한 간질발작이 남았을 때 | 70 |
| 10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때 | 40 |
| 11) 약간의 간질발작이 남았을 때 | 10 |

## 나. 장해판정기준

1) 신경계

① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다.
그러나 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해

서는 인정하지 아니한다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영(MRI), 뇌전산화촬영(CT), 뇌파 등을 기초로 한다.

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정 혹은 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

⑧ 정신 및 행동장해의 경우 간병인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 간병의 내용에서는 생명유지를 위한 간병과 행동감시를 위한 간병을 구별하여야 한다.

3) 치매

① “치매”라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

⑥ “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

**<붙임>**

# 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

| 유형 | 제한정도에 따른 지급률 |
|---|---|
| 이동동작 | - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%)<br>- 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(30%)<br>- 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%)<br>- 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%) |
| 음식물 섭취 | - 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%)<br>- 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%)<br>- 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%)<br>- 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%) |
| 배변 배뇨 | - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태(20%)<br>- 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%)<br>- 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%)<br>- 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%) |
| 목욕 | - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%)<br>- 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%)<br>- 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%) |
| 옷입고 벗기 | - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%)<br>- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%)<br>- 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%) |

## 【 별표 2 】 화 상 분 류 표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 화상으로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국 표준사인질병분류(통계청 고시 제2007-4호,2008.1.1 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

| 분 류 항 목 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 머리 및 목의 화상 및 부식 | T20 |
| 2. 몸통의 화상 및 부식 | T21 |
| 3. 손목 및 손을 제외한 어깨팔의 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. 호흡기도의 화상 및 부식 | T27 |
| 9. 기타 내부기관의 화상 및 부식 | T28 |
| 10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식 | T29 |
| 11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식 | T30 |
| 12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상 | T31 |
| 13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식 | T32 |
| 14. 방사선과 관련된 피부 및 피부밑조직의 기타 장해 | L59 |

제6차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 약관에서 규정하는 화상에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 3】 **악 성 신 생 물 분 류 표**

약관에 규정하는 한국표준사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국 표준사인질병분류(통계청 고시 제2007-4호,2008.1.1 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

| 분 류 항 목 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물 | C00~C14 |
| 2. 소화기관의 악성신생물 | C15~C26 |
| 3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물 | C30~C39 |
| 4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물 | C40~C41 |
| 5. 흑색종 및 피부의 기타 악성신생물 | C43~C44 |
| 6. 중피성 및 연조직의 악성신생물 | C45~C49 |
| 7. 유방의 악성신생물 | C50 |
| 8. 여성생식기관의 악성신생물 | C51~C58 |
| 9. 남성생식기관의 악성신생물 | C60~C63 |
| 10. 요로의 악성신생물 | C64~C68 |
| 11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물 | C69~C72 |
| 12. 갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물 | C73~C75 |
| 13. 불명확한 속발성 및 상세불명부위의 악성신생물 | C76~C80 |
| 14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물 | C81~C96 |
| 15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물 | C97 |
| 16. 진성 적혈구 증가증 | D45 |
| 17. 골수 형성이상 증후군 | D46 |
| 18. 만성 골수증식성 질환 | D47.1 |
| 19. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증 | D47.3 |
| 20. 림프종 모양 구진증 | L41.2 |

(주) 1. 제6차 개정이후 한국표준사인분류에 있어서 상기 상병이외에 약관에서 정하는 상병이 있는 경우는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 전암병소, 심장, 수막, 뇌-중추신경계 양성신생물(분류번호 D15.1, D32, D33)은 악성신생물로 분류되지 않으므로 보장되지 않습니다.

【별표 4】 **상 피 내 의 신 생 물 분 류 표**

약관에 규정하는 한국표준사인분류에 있어서 상패내의 신생물로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국 표준사인질병분류(통계청 고시 제2007-4호,2008.1.1 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

| 분 류 항 목 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 구강,식도 및 위의 상피내 암종 | D00 |
| 2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종 | D01 |
| 3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종 | D02 |
| 4. 상피내의 흑색종 | D03 |
| 5. 피부의 상피내 암종 | D04 |
| 6. 유방의 상피내 암종 | D05 |
| 7. 자궁목의 상피내 암종 | D06 |
| 8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 상피내 암종 | D07 |
| 9. 기타 및 상세 불명부위의 상피내 암종 | D09 |

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외의 약관에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

## 【별표 5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국 표준사인질병분류(통계청 고시 제2007-4호,2008.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

| 대 상 질 병 명 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D37 |
| 2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D38 |
| 3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D39 |
| 4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D40 |
| 5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D41 |
| 6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D42 |
| 7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D43 |
| 8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D44 |
| 9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양 | D47.0 |
| 10. 단클론성 감마병증 | 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 상세불명의 신생물 | D47.9 |
| 13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D48 |
| 14. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포 조직구증 | D76.0 |

제6차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 6】 **고 액 암 분 류 표**

약관에 규정하는 한국표준사인분류에 있어서 고액암으로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국 표준사인질병분류(통계청 고시 제2007-4호,2008.1.1 시행)중 다음에 해당하는 상병을
말합니다.

| 분 류 항 목 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 식도의 악성신생물 | C15 |
| 2. 췌장(이자)의 악성신생물 | C25 |
| 3. 뼈 및 관절연골의 악성신생물 | C40~C41 |
| - 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물 | C40 |
| - 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물 | C41 |
| 4. 뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물 | C70~C72 |
| - 수막의 악성신생물 | C70 |
| - 뇌의 악성신생물 | C71 |
| - 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물 | C72 |
| 5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물 | C81~C96 |
| - 호지킨병 | C81 |
| - 여포성[결절성] 비호지킨 림프종 | C82 |
| - 미만성 비호지킨 림프종 | C83 |
| - 말초 및 피부성 T-세포 림프종 | C84 |
| - 기타 상세불명 형의 비호지킨 림프종 | C85 |
| - 악성 면역증식성 질환 | C88 |
| - 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물 | C90 |
| - 림프 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 악성신생물 | C96 |

제6차 개정이후 한국표준사인분류에 있어서 상기 상병이외에 약관에서 정하는 상병이 있는 경우는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

## 【 별표 7 】 소아 3대암 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 소아 3대암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국 표준사인질병분류(통계청 고시 제2007-4호,2008.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

| 분 류 항 목 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 뇌막의 악성신생물 | C70.0 |
| 2. 뇌의 악성신생물 | C71 |
| 3. 기타 및 상세불명의 뇌신경 악성신생물 | C72.5 |
| 4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 중복병터의 악성신생물 | C72.8 |
| 5. 상세불명의 중추신경계통 악성신생물 | C72.9 |
| 6. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물 | C81~C96 |
| - 호지킨병(Hodgkin's) | C81 |
| - 여포성(결절성) 비호지킨 림프종 | C82 |
| - 미만성 비호지킨 림프종 | C83 |
| - 말초 및 피부성 T-세포 림프종 | C84 |
| - 기타 및 상세불명형의 비호지킨 림프종 | C85 |
| - 악성 면역증식성 질환 | C88 |
| - 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물 | C90 |
| - 림프 백혈병 | C91 |
| - 골수성 백혈병 | C92 |
| - 단핵구성 백혈병 | C93 |
| - 명시된 세포형의 기타 백혈병 | C94 |
| - 상세불명 세포형의 백혈병 | C95 |
| - 림프, 조혈 및 관련조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물 | C96 |

- 위의 C70.0, C72.5, C72.8, C72.9는 뇌암은 아니나 민원발생의 소지가 많으므로 대상에 포함시키는 것으로 합니다.
- 제6차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 소아3대암에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

## 【 별표 8 】 식중독 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 식중독으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국 표준사인질병분류(통계청 고시 제2007-4호,2008.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

| 대 상 질 병 명 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 기타 살모넬라 감염 | A02 |
| 2. 이질 | A03 |
| 3. 달리 분류되지 않은 기타 세균성 창자 감염 | A04 |
| 4. 기타 세균성 식중독 | A05 |
| 5. 아메바증 | A06 |
| 6. 기타 원충성 장관 질환 | A07 |
| 7. 바이러스 및 기타 명시된 창자 감염 | A08 |
| 8. 해산물 속의 유해물질의 중독작용 | T61 |
| 9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 중독작용 | T62 |

제6차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 식중독에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 9】 **골 절 분 류 표**

약관에 규정하는 한국표준사인분류에 있어서 골절로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국 표준사인질병분류(통계청 고시 제2007-4호,2008.1.1 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

| 분 류 항 목 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절 | S02 |
| 2. 머리의 압착손상 | S07 |
| 3. 상세불명의 머리손상 | S09.9 |
| 4. 목의 골절 | S12 |
| 5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절 | S22 |
| 6. 허리뼈 및 골반의 골절 | S32 |
| 7. 어깨 및 팔죽지의 골절 | S42 |
| 8. 아래팔의 골절 | S52 |
| 9. 손목 및 손부위의 골절 | S62 |
| 10. 넓적다리뼈의 골절 | S72 |
| 11. 발목을 포함한 아래다리의 골절 | S82 |
| 12. 발목을 제외한 발의 골절 | S92 |
| 13. 다발성 신체부위의 골절 | T02 |
| 14. 상세불명 부위의 척추의 골절 | T08 |
| 15. 상세불명 부위의 팔 골절 | T10 |
| 16. 상세불명 부위의 다리 골절 | T12 |
| 17. 상세불명 신체부위의 골절 | T14.2 |

제6차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 약관에서 규정하는 골절에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.