무배당 삼성명품
애니라이프 건강보험(0911)

목 차

개인신용정보 제공 · 이용에 대한 고객 권리 안내문····· 11
가입자 유의사항····· 13
주요내용 요약서····· 17
보험용어 해설····· 20
주요내용····· 22

◀ 실손의료비 플랜 ▶
제1장 [갱신형] 실손의료비

보통약관

제1관 일반사항····· 57
제1조(담보종목)
제2조(용어정의)

제2관 회사가 보상하는 사항····· 58
제3조(담보종목별 보장내용)

제3관 회사가 보상하지 않는 사항····· 75
제4조(보상하지 않는 사항)

제4관 계약의 성립과 유지····· 87
제5조(계약의 성립)
제6조(청약의 철회)
제7조(계약내용의 변경 등)
제8조(보험나이 등)
제9조(계약의 무효)
제10조(계약의 소멸)
제11조(계약자의 임의해지)
제12조(갱신형 보장의 갱신 및 보험기간)
제13조(자동갱신시 제도 및 보험료 적용)
제14조(갱신계약의 보장개시)
제15조(갱신일 이후 부활(효력회복) 청약시 연체보험료의 적용)

제5관 보험료의 납입 등…… 90
제16조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
제17조(제2회 이후 보험료의 납입)
제18조(보험료의 자동대출납입)
제19조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
제20조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))
제21조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))
제22조(해약환급금)
제23조(배당금의 지급)

제6관 다수보험의 처리 등…… 94
제24조(다수보험의 처리)
제25조(연대책임)

제7관 계약 전 알릴의무 등……94
제26조(계약 전 알릴 의무)
제27조(상해보험계약 후 알릴 의무)
제28조(알릴 의무 위반의 효과)
제29조(중대사유로 인한 해지)
제30조(사기에 의한 계약)

제8관 보험금 지급의 절차 등……97
제31조(주소변경통지)
제32조(대표자의 지정)
제33조(보험금 지급사유의 통지)
제34조(보험금 등 청구시 구비서류)
제35조(보험금의 지급)
제36조(환급금의 지급)
제37조(보험금 받는 방법의 변경)
제38조(계약내용의 교환)
제39조(보험계약대출)

제9관 분쟁조정 등…… 100
제40조(약관교부 및 설명의무 등)
제41조(소멸시효)
제42조(분쟁의 조정)
제43조(관할법원)

제44조(약관의 해석)
제45조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)
제46조(회사의 손해배상책임)
제47조(회사의 파산선고와 해지)
제48조(예금보험기금에 의한 지급보장)
제49조(준거법)

제2장 기타보장

제1관 보험계약의 성립과 유지……106
제1조(보험계약의 성립)
제2조(청약의 철회)
제3조(약관교부 및 설명의무 등)
제4조(계약의 무효)
제5조(계약내용의 변경)
제6조(계약자의 임의해지)
제7조(손해보상 후의 계약)
제8조(회사의 보장의 시기 및 종기)
제9조(갱신형 보장의 갱신 및 보험기간)
제10조(자동갱신시 제도 및 보험료 적용)
제11조(갱신일 이후 부활(효력회복) 청약시 연체보험료의 적용)

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)…… 112
제12조(보험나이의 계산)
제13조(보험료의 납입)
제14조(보험료의 자동대출납입)
제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)……114
제17조(보상하는 손해)
제18조(보상하지 아니하는 손해)
제19조(상해사망보험금)
제20조(상해후유장해보험금)
제21조(상해소득보상금)
제22조(질병 고도장해 재활자금)
제23조(중대 화상 · 부식 진단비)

제24조([갱신형] 고액치료비암 진단비)
제25조([갱신형] 암진단비)
제26조([갱신형] 뇌출혈 진단비)
제27조([갱신형] 급성심근경색증 진단비)
제28조(다른 신체상해 또는 질병의 영향)
제29조(보험금의 지급한도)
제30조(손해의 통지)
제31조(보장성 공시이율ㅣ의 적용 및 공시)
제32조(만기환급금의 지급)
제33조(해약환급금)
제34조(배당금의 지급)
제35조(소멸시효)
제36조(보험금 청구권의 상실)

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등…… 130
제37조(계약전 알릴 의무)
제38조(계약후 알릴 의무)
제39조(알릴 의무 위반의 효과)
제40조(계약취소권의 행사제한)

제5관 보험금 지급 등의 절차…… 133
제41조(주소변경통지)
제42조(수익자의 지정)
제43조(대표자의 지정)
제44조(보험금 등 청구시 구비서류)
제45조(보험금의 지급)
제46조(환급금의 지급)
제47조(보험금을 받는 방법의 변경)
제48조(계약내용의 교환)
제49조(보험계약대출)

제6관 분쟁조정 등…… 136
제50조(분쟁의 조정)
제51조(관할법원)
제52조(약관의 해석)
제53조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)
제54조(회사의 손해배상책임)
제55조(예금보험기금에 의한 지급보장)
제56조(준거법)

특별약관

1. 이륜자동차 운전 및 탑승 중 상해 부담보 특별약관…138
2. 보험료 자동납입 특별약관…… 139
3. 신용카드이용 보험료납입 특별약관…… 140
4. 전자거래특별약관…… 140
5. 지정대리청구서비스 특별약관……142

◀ 진단비 플랜 ▶

보통약관

제1관 보험계약의 성립과 유지……144
제1조(보험계약의 성립)
제2조(청약의 철회)
제3조(약관교부 및 설명의무 등)
제4조(계약의 무효)
제5조(계약내용의 변경)
제6조(계약자의 임의해지)
제7조(손해보상 후의 계약)
제8조(회사의 보장의 시기 및 종기)
제9조(갱신형 보장의 갱신 및 보험기간)
제10조(자동갱신시 제도 및 보험료 적용)
제11조(갱신일 이후 부활(효력회복) 청약시 연체보험료의 적용)

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)…… 151
제12조(보험나이의 계산)
제13조(보험료의 납입)
제14조(보험료의 자동대출납입)
제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)…… 153
제17조(보상하는 손해)
제18조(보상하지 아니하는 손해)
제19조(상해사망보험금)

제20조(상해후유장해보험금)
제21조(상해소득보상금)
제22조(질병 고도장해 재활자금)
제23조(중대 화상 · 부식 진단비)
제24조([갱신형] 상해 입원일당(1일이상))
제25조([갱신형] 질병 입원일당(1일이상))
제26조([갱신형] 암 입원일당)
제27조(암입원의 정의와 장소)
제28조([갱신형] 고액치료비암 진단비)
제29조([갱신형] 암진단비)
제30조([갱신형] 뇌출혈 진단비)
제31조([갱신형] 급성심근경색증 진단비)
제32조([갱신형] 만성당뇨합병증 진단비)
제33조([갱신형] 조혈모세포이식 수술비)
제34조([갱신형] 5대장기이식 수술비)
제35조(다른 신체상해 또는 질병의 영향)
제36조(보험금의 지급한도)
제37조(손해의 통지)
제38조(보장성 공시이율 I 의 적용 및 공시)
제39조(만기환급금의 지급)
제40조(해약환급금)
제41조(배당금의 지급)
제42조(소멸시효)
제43조(보험금 청구권의 상실)

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등…… 179
제44조(계약전 알릴 의무)
제45조(계약후 알릴 의무)
제46조(알릴 의무 위반의 효과)
제47조(계약취소권의 행사제한)

제5관 보험금 지급 등의 절차…… 181
제48조(주소변경통지)
제49조(수익자의 지정)
제50조(대표자의 지정)
제51조(보험금 등 청구시 구비서류)
제52조(보험금의 지급)
제53조(환급금의 지급)
제54조(보험금을 받는 방법의 변경)
제55조(계약내용의 교환)
제56조(보험계약대출)

제6관 분쟁조정 등····· 185
제57조(분쟁의 조정)
제58조(관할법원)
제59조(약관의 해석)
제60조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)
제61조(회사의 손해배상책임)
제62조(예금보험기금에 의한 지급보장)
제63조(준거법)

특별약관

1. 이륜자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관··· 186
2. 보험료 자동납입 특별약관····· 187
3. 신용카드이용 보험료납입 특별약관····· 188
4. 전자거래 특별약관·····188
5. 지정대리청구서비스 특별약관·····190

◀ 상해 플랜 ▶

보통약관

제1관 보험계약의 성립과 유지·····192
제1조(보험계약의 성립)
제2조(청약의 철회)
제3조(약관교부 및 설명의무 등)
제4조(계약의 무효)
제5조(계약내용의 변경)
제6조(계약자의 임의해지)
제7조(손해보상 후의 계약)
제8조(회사의 보장의 시기 및 종기)
제9조(갱신형 보장의 갱신 및 보험기간)
제10조(자동갱신시 제도 및 보험료 적용)
제11조(갱신일 이후 부활(효력회복) 청약시 연체보험료의 적용)

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)…… 197
제12조(보험나이의 계산)
제13조(보험료의 납입)
제14조(보험료의 자동대출납입)
제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)…… 200
제17조(보상하는 손해)
제18조(보상하지 아니하는 손해)
제19조(상해사망보험금)
제20조(상해후유장해보험금)
제21조(상해소득보상금)
제22조(교통상해 사망보험금)
제23조(교통상해 후유장해보험금)
제24조(뇌 · 내장손상 수술비)
제25조(중대 화상 · 부식 진단비)
제26조([갱신형] 골절진단비(치아파절 제외))
제27조([갱신형] 5대 골절진단비)
제28조([갱신형] 5대 골절수술비)
제29조([갱신형] 상해 입원일당(1일이상))
제30조([갱신형] 강력범죄위로금)
제31조(상해흉터복원 수술비)
제32조([갱신형] 자동차사고부상 위로금)
제33조(다른 신체상해 또는 질병의 영향)
제34조(보험금의 지급한도)
제35조(손해의 통지)
제36조(보장성 공시이율ㅣ의 적용 및 공시)
제37조(만기환급금의 지급)
제38조(해약환급금)
제39조(배당금의 지급)
제40조(소멸시효)
제41조(보험금 청구권의 상실)

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등…… 219
제42조(계약전 알릴 의무)
제43조(계약후 알릴 의무)
제44조(알릴 의무 위반의 효과)
제45조(계약취소권의 행사제한)

제5관 보험금 지급 등의 절차····· 221
제46조(주소변경통지)
제47조(수익자의 지정)
제48조(대표자의 지정)
제49조(보험금 등 청구시 구비서류)
제50조(보험금의 지급)
제51조(환급금의 지급)
제52조(보험금을 받는 방법의 변경)
제53조(계약내용의 교환)
제54조(보험계약대출)

제6관 분쟁조정 등····· 225
제55조(분쟁의 조정)
제56조(관할법원)
제57조(약관의 해석)
제58조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)
제59조(회사의 손해배상책임)
제60조(예금보험기금에 의한 지급보장)
제61조(준거법)

특별약관

1. 이륜자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관·····226
2. 보험료 자동납입 특별약관·····227
3. 신용카드이용 보험료납입 특별약관·····228
4. 전자거래 특별약관····· 228
5. 지정대리청구서비스 특별약관····· 230

【별표1】 장해 분류표…… 232
【별표2】 악성신생물 분류표…… 251
【별표3】 상피내의 신생물 분류표…… 252
【별표4】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표……253
【별표5】 뇌 · 내장손상 분류표…… 254
【별표6】 고액치료비암 분류표…… 256
【별표7】 뇌출혈 분류표…… 257
【별표8】 급성심근경색증 분류표…… 257
【별표9】 골절(치아파절 제외) 분류표…… 258
【별표10】 5대 골절 분류표…… 259
【별표11】 질병입원형 · 질병통원형 · 종합입원형(질병입원)
· 종합통원형(질병통원)에서
보상하지 아니하는 질병…… 260
【별표12】 질병 고도장해 판정기준…… 262
【별표13】 만성 당뇨합병증 분류표…… 270
【별표14】 자동차사고 부상 등급표…… 271

개인신용정보 제공·이용에 대한 고객 권리 안내문

1. 금융서비스 이용 범위

가. 고객의 개인신용정보는 금융거래의 설정 유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용됩니다.

나. 고객은 영업장·인터넷 등 다양한 채널을 통해 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 **1) 회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보')를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 당해 금융회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 '마케팅') 목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다.** 다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴·부가서비스 및 신상품·서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상의 고객 권리

가. 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객은 **「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조**에 따라 회사가 본인정보를 전국은행연합회, 손해보험협회, 신용조회회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려 주도록 회사에 요구할 수 있습니다.

- 신청방법

o 서　면 : 본사 (서울시 중구 을지로1가 87번지) 또는 각 영업점

o 전　화 : 1588-5114

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제36조에 따라 회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절 중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제37조에 따라 가입신청 시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단 시킬 수 있습니다.(다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다)

- 신청방법

o 서　면 : 본사 (서울시 중구 을지로1가 87번지) 또는 각 영업점

o 전　화 : 1588-5114

o 인터넷 : http://www.samsungfire.com

- 신청자 제한 : **신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.**

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제38조에 따라 회사가 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

- 신청방법

o 서　면 : 본사 (서울시 중구 을지로1가 87번지) 또는 각 영업점

o 전　화 : 1588-5114

o 인터넷 : http://www.samsungfire.com

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제39조에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

- 연락처

· 한국신용정보(주)　　: ☎ 02-2122-4000 인터넷 www.nice.co.kr

· 한국신용평가정보(주) : ☎ 02-3771-1000 인터넷 www.kisinfo.co.kr

· 서울신용평가정보(주) : ☎ 02-3445-5000 인터넷 www.sci.co.kr

· 코리아크레딧뷰로(주) : ☎ 02-708-6000　인터넷 www.kcb4u.com

3. 위의 권리행사와 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

- 연락처

· 당사 고객정보 관리 · 보호 고충처리자

: 02-758-7411　/ 서울시 중구 을지로1가 87번지

· 협회 개인신용정보 보호담당자

: 02-3702-8679 / 서울시 종로구 수송동 80번지

· 금융감독원 개인신용정보 보호담당자

: 02-3145-7115 / 서울시 영등포구 여의대로 97번지

무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911)
가입자 유의사항

□ 보험계약관련 특히 유의할 사항

① 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반
- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험모집인에게 구두(말)로만 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 판매자의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활(효력회복)계약의 암보장 개시일
- 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 건강보험
- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 보장은 갱신시 연령증가 및 적용요율의 변동(의료비 상승, 위험률 변동 등)에 따라 갱신보험료가 인상될 수 있습니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

○ 갱신형 보장
- 갱신형 보장의 보험기간은 3년만기로, 최초가입 후 3년마다 갱신을 통해 최고 80세 또는 100세까지 보장받을 수 있습니다.
- 갱신형 보장의 보험료는 매3년마다 갱신시 연령증가 및 적용요율의 변동(의료비 상승, 위험률 변동 등)에 따라 인상될 수 있으며, 갱신시에는 인상된 갱신보험료를 추가로 납입하여야 계약이 정상유지 됩니다.

○ [갱신형] 암 입원일당, [갱신형] 고액치료비암 진단비, [갱신형] 암진단비, [갱신형] 뇌출혈 진단비, [갱신형] 급성심근경색증 진단비 및 [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비에 관한 사항

- [갱신형] 암 입원일당(단, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양 제외), [갱신형] 고액치료비암 진단비 및 [갱신형] 암진단비(단, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양 제외)는 최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 일정기간 보장하지 않는 기간이 90일입니다.
- [갱신형] 암 입원일당, [갱신형] 고액치료비암 진단비, [갱신형] 암진단비, [갱신형] 뇌출혈 진단비, [갱신형] 급성심근경색증 진단비, [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비는 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급 사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하는 보장입니다.

② 해약환급금 관련 유의사항

○ 보험은 은행의 저축과 달리 위험보장과 저축을 겸비한 제도로 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 또한, 해약환급금은 보장성 공시이율Ⅰ의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자 등에 따라 달라질 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장
- 최초 보험가입 또는 부활(효력회복)일부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 최초보험계약일부터 1년 이내인 경우 보험금이 감액 지급될 수 있습니다.
-「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리 전문의사자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

○ 수술 관련 보장
- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예 : 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

○ 입원 관련 보장

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 [갱신형] 암 입원일당, [갱신형] 상해 입원일당(1일이상), [갱신형] 질병 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- [갱신형] 상해입원일당(1일이상)의 경우, 음주 또는 무면허 상태에서 운전하던 중 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

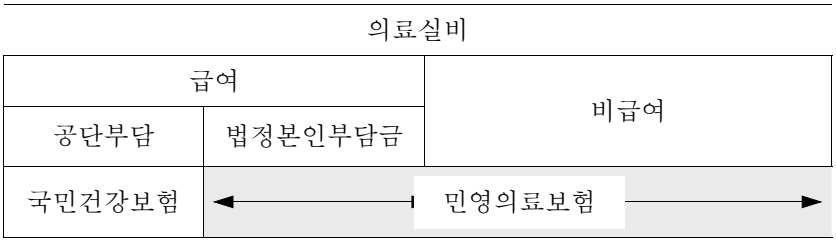
○ 상해 관련 보장

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

○ 실손의료비 관련 보장

- 발생의료비 중 국민건강보험 급여의 본인부담금과 비급여를 더한 금액에서 약관에서 정한 자기부담금을 공제한 금액을 보장해 주며, 약관상 보상하지 아니하는 손해에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.

<민영의료보험과 국민건강보험의 보장부분>



- 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 2개 이상 가입하더라도 실제 부담한 비용을 한도로만 보상받게 되므로, 유사한 보험가입 여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 이 계약의 의료비를 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 의료비보험금을 지급하여 드립니다.
- [갱신형] 실손의료비 중「상해입원형」,「질병입원형」및「종합입원형」에서 국민건강보험을 적용받지 못한 경우에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해 또는 하나의 질병당 해당 보장의 보험가입금액을 한도로 지급합니다. 단, 산재보험 또는 자동차보험(공제포함)에서 보상받은 경우는 제외합니다.

- [갱신형] 실손의료비 중「상해통원형」,「질병통원형」,「종합통원형」은 국민건강보험을 적용받지 못한 경우에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 약관에서 정한 공제금액을 차감한 금액의 40% 해당액을 해당 외래의료비 및 처방조제의료비의 보험가입금액을 한도로 지급합니다. 단, 산재보험 또는 자동차보험(공제포함)에서 보상받은 경우는 제외합니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911)의 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

주요내용 요약서

□ 자필서명

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

□ 청약철회

보험계약자는 계약을 청약한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 납입한 제1회 보험료를 돌려 드립니다.

□ 계약취소

계약체결시 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명을 포함함)을 하지 아니한 때에는 보험계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

□ 계약의 무효(신체보장 관련)

아래에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

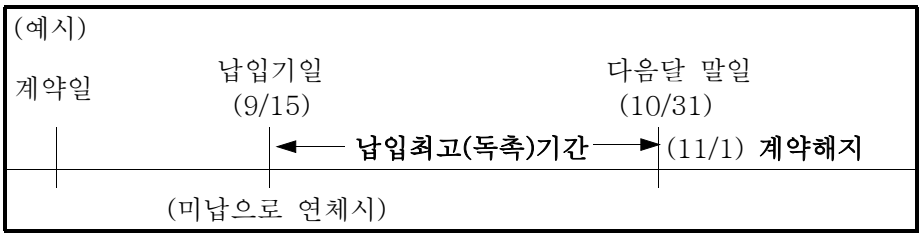
- 타인의 사망을 보험사고로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면동의를 얻지 아니한 경우

□ 계약의 소멸

이 보험계약은 피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

□ 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니한 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지 납입을 최고(독촉)하고, 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.



□ **해지계약의 부활(효력회복)**

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 피보험자의 건강상태, 직업, 직무 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

해지계약의 부활(효력회복)에 의해 보험계약이 다시 효력을 갖더라도, 보험계약의 부활(효력회복)시점 이전에 발생한 사고는 보상을 받지 못합니다.

□ **중도인출**

계약일부터 2년이 지나고 피보험자의 보험나이 60세 계약해당일 이후에 계약이 유효한 경우 매보험년도마다 4회에 한하여 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산된 인출시점의 적립부분 해약환급금(단, 이 약관에서 정한 보험계약대출이 있을 경우에는 그 원리금합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 함)의 80%한도 내에서 인출할 수 있음

□ **계약전·후 알릴 의무**

① 계약전 알릴의무

보험계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명을 포함함)을 하셔야 합니다.

(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)

② 계약후 알릴의무

보험계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.

- 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우

③ 알릴의무 위반의 효과

약관에 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 보험계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알리셔야 합니다.

□ 보험금의 지급

회사가 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임손해에 대한 보험금은 10영업일, 재산손해에 대한 보험금은 20영업일 이내에 지급하여 드립니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급일 초과가 명백히 예상되는 경우 구체적인 사유와 지급예정일을 피보험자 또는 수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

만약 지급일 내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

□ 대위권

회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 보험계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

□ 공시이율 관련

공시이율은 보험업감독규정에 따른 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감한 운용자산이익률과 시중금리 등을 고려하여 결정되며, 매월 회사의 인터넷 홈페이지(http://www.samsungfire.com)를 통해 공시합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약·발췌한 것이므로, 기타 자세한 사항은 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911)의 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

보험용어 해설

□ **보험약관**

보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

□ **보험증권(보험가입증서)**

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서

□ **보험계약자**

보험회사와 보험계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

□ **피보험자(보험대상자)**

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

□ **보험수익자(보험금을 받는 자)**

보험계약에 의하여 보험금을 지급받는 자를 말하며, 보험사고가 발생하는 경우 회사에 대하여 보험금의 지급을 청구할 수 있는 사람

□ **보험기간**

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

□ **보장개시일**

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

□ **보험계약일**

보험계약자와 보험회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

□ **보험금**

피보험자의 사망, 장해, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하는 금액

□ **보험료**

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

2) 적립보험료
: 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료

3) 적립부분 순보험료
: 적립보험료에서 사업비를 제외한 금액

4) 갱신보험료
: 갱신형 보장의 보장보험료
: 3년마다 갱신시 연령증가 및 적용요율의 변동(위험률 변동 등)에 따라 인상될 수 있음

□ **갱신형 보장**

최초 보험가입 후 3년마다 갱신을 통해 이 보험의 사업방법서 별지에 명기된 해당 갱신형 보장의 만기일까지 보장해 주는 보장

□ **책임준비금**

장래의 보험금 또는 해약환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

□ **해약환급금**

계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

□ **보험나이**

1) 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 월 단위까지 계산 후, 6개월 미만은 버림, 6개월 이상은 반올림한 나이
2) 계약일 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가함

무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911)
실손의료비 플랜 주요내용

● 문답식 상품해설 (Q & A)

Q) 이 상품의 보장 중 갱신형 보장이 무엇이고 운용은 어떻게 되나요?

A) □ 갱신형 보장은 최초 가입후 3년마다 갱신을 통해 보험나이 최고 **100세 또는 80세 계약해당일**까지 보장받을 수 있습니다.

□ 갱신형 보장의 보험료(이하**「갱신보험료」**)는 **매3년마다 갱신시 연령증가 및 적용요율의 변동**(의료비 상승, 위험률 변동 등)에 따라 **인상**될 수 있습니다.

□ **갱신보험료는 만기까지 납입하여야** 계약이 정상 유지됩니다.

※ 아래의 상품구조를 참조하시기 바랍니다.

구 분	보험기간
상해사망 및 후유장해	100세만기
상해소득보상금 질병 고도장해 재활자금 중대 화상·부식 진단비	80세만기
[갱신형] 고액치료비암 진단비 [갱신형] 암진단비 [갱신형] 뇌출혈 진단비 [갱신형] 급성심근경색증 진단비	3년만기 **【80세까지 갱신】** (78세이상 갱신시 1~2년만기)
[갱신형] 실손의료비 (「상해입원형」,「상해통원형」, 「질병입원형」,「질병통원형」, 「종합통원형」,「종합입원형」)	3년만기 **【100세까지 갱신】** (98세이상 갱신시 1~2년만기)

Q) 이 상품의 만기환급금의 지급사항이 어떻게 되나요?

A) 회사는 이 보험의 만기시점의 적립금을 만기환급금으로 지급하여 드리며, 보장성 공시이율Ⅰ의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자 등에 따라 실제 만기환급금은 최초에 예시한 금액과 달라질 수 있습니다.

☞ 납입보험료 중 적립부분 순보험료(보험료에서 보장보험료, 부가보험료(사업비 등)를 제외한 금액)를 이 보험의 "보장성 공시이율Ⅰ"를 적용하여 적립한 금액으로, 향후 보장성 공시이율Ⅰ의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자 등에 따라 달라집니다.

Q) 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 실손의료비 플랜의 보장 중 최초 1회에 한하여 보험금이 지급되는 보장이 있나요?

A) 네, 있습니다. 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 실손의료비 플랜에서 최초 1회에 한하여 지급되는 보장은 상해소득보상금, 질병 고도장해 재활자금, 중대 화상·부식 진단비, [갱신형] 고액치료비암 진단비, [갱신형] 암진단비, [갱신형] 뇌출혈 진단비 및 [갱신형] 급성심근경색증 진단비입니다.

※ 자세한 내용은 약관을 참고하시기 바랍니다.

Q) 이 상품의 보장 중 가입 1년 미만에 발생하면 50% 감액 지급하는 보장과 면책기간이 있는 보장이 있나요?

A) 네. 있습니다. 이 상품의 보장 중에서 최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 일정기간 보장하지 않는 기간(면책기간)이 있는 보장과 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하는 보장은 다음 표와 같습니다.

보장명		최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 면책 기간	최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유 발생시 50%감액 지급
[갱신형] 암진단비	암	90일	○
	기타피부암 갑상샘암 상피내암 경계성종양	×	○
[갱신형] 고액치료비암 진단비		90일	○
[갱신형] 뇌출혈 진단비		×	○
[갱신형] 급성심근경색증 진단비		×	○

● 가입자격제한 등 상품별 특이사항

□ 가입요건

무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 실손의료비 플랜의 가입이 가능한 연령은 아래와 같습니다.

<table>
<tr><th>구 분</th><th>보험기간</th><th>납입기간</th><th>가입연령</th></tr>
<tr><td rowspan="5">상해사망 및 후유장해</td><td rowspan="5">100세만기</td><td>10년납</td><td rowspan="3">만15세~60세</td></tr>
<tr><td>15년납</td></tr>
<tr><td>20년납</td></tr>
<tr><td>25년납</td><td>만15세~55세</td></tr>
<tr><td>30년납</td><td>만15세~50세</td></tr>
<tr><td rowspan="5">상해소득보상금
질병 고도장해 재활자금
중대 화상·부식 진단비</td><td rowspan="5">80세만기</td><td>10년납</td><td rowspan="3">만15세~60세</td></tr>
<tr><td>15년납</td></tr>
<tr><td>20년납</td></tr>
<tr><td>25년납</td><td>만15세~55세</td></tr>
<tr><td>30년납</td><td>만15세~50세</td></tr>
<tr><td>[갱신형] 고액치료비암 진단비
[갱신형] 암진단비
[갱신형] 뇌출혈 진단비
[갱신형] 급성심근경색증 진단비
[갱신형] 실손의료비
(「상해입원형」,「상해통원형」,
「질병입원형」,「질병통원형」,
「종합통원형」,「종합입원형」)</td><td>3년만기
(자동갱신)</td><td>전기납</td><td>만15세~60세</td></tr>
</table>

☞ 이 상품은 피보험자의 직업, 직무, 기타사항으로 인해 보험가입금액이 제한되거나 인수가 불가능할 수 있으며, 경우에 따라서는 건강진단 결과를 요구할 수도 있습니다. 또한 상기 예시한 가입요건(가입연령제한 등)은 가입시점의 인수기준에 따라 변경될 수 있습니다.

□ 상품구조

① 계약형태

보험기간	가입요건 참조
납입기간	
납입주기	월납, 3개월납, 6개월납, 연납

② 만기환급금

- 보장부분 : 없음
- 적립부분 : 적립부분 순보험료(보험료에서 보장보험료, 부가보험료(사업비 등)를 제외한 금액)를 기준으로 이 보험의 "보장성 공시이율Ⅰ"을 적용하여 적립한 금액(단, 최저보증이율 연복리 1.5%)

□ 상품의 특이사항

① 이 보험은 보험업법 제91조에 정한 금융기관보험대리점의 판매를 통한 계약에 한정하는 상품입니다.

② 보장성 공시이율Ⅰ에 연동하는 상품입니다.

③ 이 상품은 단체계약이 없습니다.

④ 갱신형 보장은 매 3년단위 갱신을 통해 아래에 정한 기간까지 보장이 가능합니다.

갱신형 보장	[갱신형] 고액치료비암 진단비 [갱신형] 암진단비 [갱신형] 뇌출혈 진단비 [갱신형] 급성심근경색증 진단비	[갱신형] 실손의료비
보장기간	3년 만기 **【80세까지 갱신】**	3년 만기 **【100세까지 갱신】**

● 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

□ 보험금 지급사유

보장명		지급사유	지급금액
상해	사망 · 고도후유장해	상해사고로 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
	일반후유장해	상해사고로 80%미만 후유장해가 발생한 경우	가입금액의 80% 한도
상해소득보상금		상해사고로 80%이상 후유장해가 발생한 경우	5년간 매년 가입금액의 200%
		상해사고로 50%이상 80%미만 후유장해가 발생한 경우 (최초 1회한 지급)	5년간 매년 가입금액의 100%
질병 고도장해 재활자금		보험기간 중 약관에 정한 질병고도장해가 발생한 경우(최초 1회한)	5년간 매년 가입금액
중대 화상 · 부식 진단비		상해사고로 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 경우 (최초 1회한 지급)	가입금액
[갱신형] 고액치료비암 진단비 (3년만기 갱신)		보장개시일 이후 고액치료비암으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 고액치료비암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임	가입금액
[갱신형] 암진단비 (3년만기 갱신)		보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 및 경계성종양으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일임	가입금액 ※ 단, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양은 가입금액의 10%
[갱신형] 뇌출혈 진단비 (3년만기 갱신)		보험기간 중 뇌출혈로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
[갱신형] 급성심근경색증 진단비 (3년만기 갱신)		보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액

보장명		지급사유	지급금액
[갱신형] 실손 의료비 (3년만기 갱신)	상해 입원	상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우(하나의 상해당 최초입원일부터 365일까지 보상) ① 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 함)중 본인부담금과 비급여(상급병실료 차액 제외) 부분의 합계액 중 90%해당액(단, 10%해당액이 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상) ② 상급병실료 차액 : 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액의 50%(단, 1일 평균금액 10만원 한도) ※ 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(요양급여 절차를 거치지 아니한 경우 포함)에는 본인이 실제로 부담한 금액의 40%해당액을 보험가입금액 한도로 보상 ※ 주요 보상하지 않는 사항 - 치과진료 및 한방치료에서 발생한 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비 - 자동차보험(공제 포함) 또는 산재보험에서 보상받은 의료비 - 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비 - 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액 ■ 기타 보상하지 않는 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.	①+②의 의료비를 **보험가입금액 한도**로 보상

<table>
<tr><th colspan="2">보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>[갱신형]
실손
의료비

(3년만기
갱신)</td><td>상해
통원</td><td>상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우(매년 계약해당일부터 1년 단위로 보상)

① 외래(방문 1회당)
: 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 함)중 본인부담금과 비급여 부분의 합계액에서 공제금액을 차감한 금액을 외래의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도)

② 처방조제비(처방전 1건당)
: 요양급여 중 본인부담금과 비급여 부분의 합계액에서 공제금액을 차감한 금액을 처방조제비의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 한도)

- 공제금액
<table><tr><th>구분</th><th>공제금액</th></tr><tr><td>외래</td><td>의원 등 : 1만원
병원 등 : 1.5만원
종합전문요양기관 : 2만원</td></tr><tr><td>처방조제비</td><td>약국 : 8천원</td></tr></table>
※ 공제금액에서 정한 의료기관의 세부구분은 약관을 참조하시기 바랍니다.

※ 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(요양급여 절차를 거치지 아니한 경우 포함)에는 본인이 실제로 부담한 금액에서 공제금액을 차감한 금액의 40%해당액을 외래 및 처방조제비의 보험가입금액을 한도로 보상

※ 주요 보상하지 않는 사항

- 치과진료 및 한방치료에서 발생한 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
- 자동차보험(공제 포함) 또는 산재보험에서 보상받은 의료비
- 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비
- 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액
■ 기타 보상하지 않는 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.</td><td>① 의 의료비를 외래 보험가입금액 한도로 보상
+
② 의 의료비를 처방조제비의 보험가입금액 한도로 보상</td></tr>
</table>

보장명		지급사유	지급금액
[갱신형] 실손 의료비 (3년만기 갱신)	질병 입원	질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우(하나의 질병당 최초입원일부터 365일까지 보상) ① 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 함)중 본인부담금과 비급여(상급병실료 차액 제외) 부분의 합계액 중 90%해당액(단, 10%해당액이 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상) ② 상급병실료 차액 : 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액의 50%(단, 1일 평균금액 10만원 한도) ※ 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(요양급여 절차를 거치지 아니한 경우 포함)에는 본인이 실제로 부담한 금액의 40%해당액을 보험가입금액 한도로 보상 ※ 주요 보상하지 않는 사항 - 직장 또는 항문질환 중 요양급여에 해당하지 않는 부분 - 치과진료 및 한방치료에서 발생한 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비 - 산재보험에서 보상받은 의료비 - 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비 - 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액 ■ 기타 보상하지 않는 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.	①+②의 의료비를 **보험가입금액 한도**로 보상

<table>
<tr><th colspan="2">보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>[갱신형]
실손
의료비

(3년만기
갱신)</td><td>질병
통원</td><td>
질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우(매년 계약해당일부터 1년 단위로 보상)

① 외래(방문 1회당)
: 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 함)중 본인부담금과 비급여 부분의 합계액에서 공제금액을 차감한 금액을 외래의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도)

② 처방조제비(처방전 1건당)
: 요양급여 중 본인부담금과 비급여 부분의 합계액에서 공제금액을 차감한 금액을 처방조제비의 보험가입금액을 한도로 보상 (매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 한도)

- 공제금액
<table>
<tr><th>구분</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td>외래</td><td>의원 등 : 1만원
병원 등 : 1.5만원
종합전문요양기관 : 2만원</td></tr>
<tr><td>처방조제비</td><td>약국 : 8천원</td></tr>
</table>
※ 공제금액에서 정한 의료기관의 세부구분은 약관을 참조하시기 바랍니다.

※ 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(요양급여 절차를 거치지 아니한 경우 포함)에는 본인이 실제로 부담한 금액에서 공제금액을 차감한 금액의 40%해당액을 외래 및 처방조제비의 보험가입금액을 한도로 보상

※ 주요 보상하지 않는 사항
- 직장 또는 항문질환 중 요양급여에 해당하지 않는 부분
- 치과진료 및 한방치료에서 발생한 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
- 산재보험에서 보상받은 의료비
- 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비
- 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액
■ 기타 보상하지 않는 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.
</td><td>① 의 의료비를 외래 보험가입금액 한도로 보상
+
② 의 의료비를 처방조제비의 보험가입금액 한도로 보상</td></tr>
</table>

보장명		지급사유	지급금액
[갱신형] 실손 의료비 (3년만기 갱신)	종합 입원	상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우(하나의 상해 또는 질병당 최초 입원일부터 365일까지 보상) ① 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 함)중 본인부담금과 비급여(상급병실료 차액 제외) 부분의 합계액 중 90%해당액(단, 10%해당액이 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상) ② 상급병실료 차액 : 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액의 50%(단, 1일 평균금액 10만원 한도) ※ 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(요양급여 절차를 거치지 아니한 경우 포함)에는 본인이 실제로 부담한 금액의 40%해당액을 보험가입금액 한도로 보상 ※ 주요 보상하지 않는 사항 - 직장 또는 항문질환 중 요양급여에 해당하지 않는 부분 - 치과진료 및 한방치료에서 발생한 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비 - 자동차보험(공제 포함) 또는 산재보험에서 보상받은 의료비 - 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비 - 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액 ■ 기타 보상하지 않는 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.	①+②의 의료비를 **보험가입금액 한도**로 보상

<table>
<tr><th colspan="2">보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>[갱신형]
실손
의료비

(3년만기
갱신)</td><td>종합
통원</td><td>
상해 또는 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우(매년 계약해당일부터 1년 단위로 보상)

① 외래(방문 1회당)
: 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 함)중 본인부담금과 비급여 부분의 합계액에서 공제금액을 차감한 금액을 외래의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도)

② 처방조제비(처방전 1건당)
: 요양급여 중 본인부담금과 비급여 부분의 합계액에서 공제금액을 차감한 금액을 처방조제비의 보험가입금액을 한도로 보상 (매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 한도)

- 공제금액
<table>
<tr><th>구분</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td>외래</td><td>의원 등 : 1만원
병원 등 : 1.5만원
종합전문요양기관 : 2만원</td></tr>
<tr><td>처방조제비</td><td>약국 : 8천원</td></tr>
</table>
※ 공제금액에서 정한 의료기관의 세부구분은 약관을 참조하시기 바랍니다.

※ 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(요양급여 절차를 거치지 아니한 경우 포함)에는 본인이 실제로 부담한 금액에서 공제금액을 차감한 금액의 40%해당액을 외래 및 처방조제비의 보험가입금액을 한도로 보상

※ 주요 보상하지 않는 사항
- 직장 또는 항문질환 중 요양급여에 해당하지 않는 부분
- 치과진료 및 한방치료에서 발생한 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
- 자동차보험(공제 포함) 또는 산재보험에서 보상받은 의료비
- 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비
- 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액
■ 기타 보상하지 않는 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.
</td><td>① 의 의료비를 외래 보험가입금액 한도로 보상
+
② 의 의료비를 처방조제비의 보험가입금액 한도로 보상</td></tr>
</table>

□ 지급제한사항

① [갱신형] 고액치료비암 진단비, [갱신형] 암진단비(기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 및 경계성종양 제외)에 대한 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난 다음날입니다.

② 기타피부암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암으로 보험금 지급사유 발생시 기타피부암에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 아니합니다.

③ 갑상샘암은 암의 정의에서 제외되는 바, 갑상샘암으로 보험금 지급사유 발생시 갑상샘암에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 아니합니다.

④ [갱신형] 고액치료비암 진단비, [갱신형] 암진단비, [갱신형] 뇌출혈 진단비 및 [갱신형] 급성심근경색증 진단비는 최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급합니다.

⑤ [갱신형] 실손의료비는 의료실비에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 약관에 따라 비례하여 보상합니다.

※ 위의 「다수의 보험계약」이란 우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험 및 공제계약으로 합니다.

⑥ 보상하지 아니하는 손해 등 기타 세부적인 사항은 보통약관 내용에 따라 보험금의 지급이 제한될 수 있습니다.

● 보험료 산출기초

□ 보험료 구성

보험계약자가 납입하는 보험료는 보험사고 발생시 보험금 지급을 위한 위험보험료, 만기시 환급금을 지급하기 위한 저축보험료 그리고 보험회사의 사업경비를 위한 부가보험료로 구성됩니다.

□ 예정이율

예정이율이란?

보험회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립해 두는데 보험료 납입시점과 보험금 지급시점에는 시차가 발생하게 됩니다, 이 기간동안 보험회사는 적립된 금액을 운용할 수 있으므로 운용에 따라 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인율을 "예정이율"이라고 합니다. 일반적으로 예정이율이 높아지면 보험료는 낮아지고, 예정이율이 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

보장성 공시이율Ⅰ이란?

이 보험에 적용되는 보장성 공시이율Ⅰ(이하「보장성 공시이율Ⅰ」이라 합니다)은 회사의 운용자산이익률과 지표금리(국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 수익률의 평균)수익률을 산술 평균한 보장성 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정이율을 가감하여 보장성 공시이율Ⅰ을 결정하며, 보장성 공시기준이율의 80~120% 범위내에서 정합니다.

[공시이율 산출방법 요약]

→ 보장성 공시기준이율 = (운용자산이익률 + 지표금리수익률) / 2

※ 지표금리수익률은 국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 수익률의 평균을 적용합니다.

※ 이에 대한 보다 자세한 내용은 인터넷홈페이지 상품공시실에서 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911)의 사업방법서를 참조하시기 바랍니다.

이 보험의 보장부분 예정이율은 연복리 3.75%입니다.
이 보험의 적립부분 순보험료에 대해 "이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ"에 의한 이율에 연동되는 상품이며, 2010년 1월 현재 적용이율은 연복리 4.4%입니다. 단, 최저보증이율은 연복리 1.5%입니다.

보장성 공시이율Ⅰ의 적용은 계약건별로 년계약해당일(계약일부터 1년씩 경과되는 매년 계약해당일을 말합니다. 단, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다)이 속한 달의 보장성 공시이율Ⅰ로 하여 보험가입시점부터 매 1년간 확정적용합니다.

최저보증이율이란?

회사의 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

<해약시 경과기간별 적용이율표>

1년미만	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ × 80%
1년이상 ~ 2년미만	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ × 90%
2년이상	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ

□ **예정위험률**

예정위험률이란?

한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 수 있는 확률을 대수의 법칙에 의해 예측한 것을 예정위험률이라고 합니다. 일반적으로 예정위험률이 높아지면 보험료가 높아지고 낮아지면 보험료가 낮아집니다.

< 예정위험률 예시 >

(35세, 상해 1급 기준)

보장위험	예정위험률	
	남자	여자
일반상해 사망	0.000533	0.000237
일반상해 80%이상 후유장해 발생률	0.000057	0.000023
일반상해 80%미만 후유장해 지급률	0.000178	0.000101
일반상해 50%이상 후유장해 발생률	0.000107	0.000043
질병 고도장해 발생률	0.000125	0.000134
중대한 화상 및 부식 발생률	0.000067	0.000015
고액치료비암 발생률	0.000187	0.000186
기타피부암 및 갑상샘암 이외의 암 발생률	0.000965	0.002158
상피내암 발생률	0.000003	0.000428
경계성종양 발생률	0.000056	0.000139
기타피부암 발생률	0.000007	0.000007
갑상샘암 발생률	0.000045	0.000401
뇌출혈 발생률	0.000290	0.000114
급성심근경색증 발생률	0.000213	0.000089
상해입원의료비(5천만원 한도)	14,613	5,106
질병입원의료비(5천만원 한도)	40,946	50,715
상해통원의료비(외래 25만원 한도)	0.017596	0.009238
상해통원의료비(처방조제 5만원 한도)	0.002599	0.001016
질병통원의료비(외래 25만원 한도)	0.108125	0.207572
질병통원의료비(처방조제 5만원 한도)	0.044823	0.054566

□ 예정사업비율

예정사업비율이란?

보험회사가 보험계약의 체결, 유지 및 관리 등에 필요한 경비로 사용하기 위하여 보험료중 일정비율을 사업비로 책정하고 있는데 이를 예정사업비율이라 합니다.

(남자, 40세, 상해1급, 20년납, 월납 10만원 기준)

구 분	신계약비	유지비	수금비	사업비 계
예정사업비지수	58.8	132.9	266.7	118.0

※ 이 보험의 예정사업비지수는 업계 전체상품의 평균 예정사업비율과 비교한 수치이며, 업계평균 사업비율 산출기준일은 "2009년 4월 1일" 입니다.

예정사업비지수란?

손해보험협회에서 매년 산출한 업계의 평균사업비 규모(사업비 항목별 업계 평균을 100으로 설정)와 비교한 지수입니다. 이러한 예정사업비지수는 실제 귀하께서 가입하신 상품의 보험가입금액, 보험기간, 보험료 납입기간 및 납입보험료 등에 따라 차이가 발생할 수 있습니다.

● 계약자배당에 관한 사항

□ 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 실손의료비 플랜은 무배당 상품으로서 배당을 하지 않습니다. 그러나 무배당 상품은 배당 상품에 비해 보험료가 상대적으로 저렴하다는 특징이 있습니다.

● 해약환급금에 관한 사항

□ 해약환급금 산출기준

회사는 금융감독원장이 인가한 산출기준에 따라 계산한 이 보험의 보험료적립금(순보험료식 책임준비금에서 미상각신계약비를 공제한 금액)과 미경과보험료를 더한 금액을 해약환급금으로 지급하여 드립니다.

□ 해약환급금이 적은 이유

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 보험계약자가 납입한 보험료중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 보험계약자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되므로 중도해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

구체적인 상품내용은 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 실손의료비 플랜의 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911)
진단비 플랜 주요내용

● 문답식 상품해설 (Q & A)

Q) 이 상품의 보장 중 갱신형 보장이 무엇이고 운용은 어떻게 되나요?

A) □ 갱신형 보장은 최초 가입후 3년마다 갱신을 통해 보험나이 최고 **100세 또는 80세 계약해당일**까지 보장받을 수 있습니다.

□ 갱신형 보장의 보험료(이하 **「갱신보험료」**)는 **매3년마다 갱신시 연령 증가 및 적용요율의 변동**(위험률 변동 등)에 따라 **인상**될 수 있습니다.

□ **갱신보험료는 만기까지 납입하여야** 계약이 정상 유지됩니다.

※ 아래의 상품구조를 참조하시기 바랍니다.

구 분	보험기간
상해사망 및 후유장해	100세만기
상해소득보상금 질병 고도장해 재활자금 중대 화상·부식 진단비	80세만기
[갱신형] 상해 입원일당(1일이상) [갱신형] 질병 입원일당(1일이상)	3년만기 **【100세까지 갱신】** (98세이상 갱신시 1~2년만기)
[갱신형] 암 입원일당 [갱신형] 고액치료비암 진단비 [갱신형] 암진단비 [갱신형] 뇌출혈 진단비 [갱신형] 급성심근경색증 진단비 [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비 [갱신형] 조혈모세포이식 수술비 [갱신형] 5대장기이식 수술비	3년만기 **【80세까지 갱신】** (78세이상 갱신시 1~2년만기)

Q) 이 상품의 만기환급금의 지급사항이 어떻게 되나요?

A) 회사는 이 보험의 만기시점의 적립금을 만기환급금으로 지급하여 드리며, 보장성 공시이율Ⅰ의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자 등에 따라 실제 만기환급금은 최초에 예시한 금액과 달라질 수 있습니다.

☞ 납입보험료 중 적립부분 순보험료(보험료에서 보장보험료, 부가보험료(사업비 등)를 제외한 금액)를 이 보험의 "보장성 공시이율Ⅰ"를 적용하여 적립한 금액으로, 향후 보장성 공시이율Ⅰ의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자 등에 따라 달라집니다.

Q) 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 진단비 플랜의 보장 중 최초 1회에 한하여 보험금이 지급되는 보장이 있나요?

A) 네, 있습니다. 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 진단비 플랜에서 최초 1회에 한하여 지급되는 보장은 상해소득보상금, 질병 고도장해 재활자금, 중대 화상·부식 진단비, [갱신형] 고액치료비암 진단비, [갱신형] 암진단비, [갱신형] 뇌출혈 진단비, [갱신형] 급성심근경색증 진단비, [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비, [갱신형] 조혈모세포이식 수술비, [갱신형] 5대장기이식 수술비입니다.

※ 자세한 내용은 약관을 참고하시기 바랍니다.

Q) 이 상품의 보장 중 가입 1년 미만에 발생하면 50% 감액 지급하는 보장과 면책기간이 있는 보장이 있나요?

A) 네. 있습니다. 이 상품의 보장 중에서 최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 일정기간 보장하지 않는 기간(면책기간)이 있는 보장과 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하는 보장은 다음 표와 같습니다.

보장명		최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 면책 기간	최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유 발생시 50% 감액 지급
[갱신형] 암 입원일당	암	90일	×
	기타피부암 갑상샘암 상피내암 경계성종양	×	
[갱신형] 암진단비	암	90일	○
	기타피부암 갑상샘암 상피내암 경계성종양	×	
[갱신형] 고액치료비암 진단비		90일	○
[갱신형] 뇌출혈 진단비		×	○
[갱신형] 급성심근경색증 진단비		×	○
[갱신형] 만성당뇨합병증 진단비		×	○

● 가입자격제한 등 상품별 특이사항

□ 가입요건

무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 진단비 플랜의 가입이 가능한 연령은 아래와 같습니다.

구 분	보험기간	납입기간	가입연령
상해사망 및 후유장해	100세만기	10년납	만15세~60세
		15년납	
		20년납	
		25년납	만15세~55세
		30년납	만15세~50세
상해소득보상금 질병 고도장해 재활자금 중대 화상·부식 진단비	80세만기	10년납	만15세~60세
		15년납	
		20년납	
		25년납	만15세~55세
		30년납	만15세~50세
[갱신형] 상해 입원일당(1일이상) [갱신형] 질병 입원일당(1일이상) [갱신형] 암 입원일당 [갱신형] 고액치료비암 진단비 [갱신형] 암진단비 [갱신형] 뇌출혈 진단비 [갱신형] 급성심근경색증 진단비 [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비 [갱신형] 조혈모세포이식 수술비 [갱신형] 5대장기이식 수술비	3년만기 (자동갱신)	전기납	만15세~60세

☞ 이 상품은 피보험자의 직업, 직무, 기타사항으로 인해 보험가입금액이 제한되거나 인수가 불가능할 수 있으며, 경우에 따라서는 건강진단 결과를 요구할 수도 있습니다. 또한 상기 예시한 가입요건(가입연령제한 등)은 가입시점의 인수기준에 따라 변경될 수 있습니다.

□ 상품구조

① 계약형태

보험기간	가입요건 참조
납입기간	
납입주기	월납, 3개월납, 6개월납, 연납

② 만기환급금

- 보장부분 : 없음
- 적립부분 : 적립부분 순보험료(보험료에서 보장보험료, 부가보험료(사업비 등)를 제외한 금액)를 기준으로 이 보험의 "보장성 공시이율Ⅰ"을 적용하여 적립한 금액(단, 최저보증이율 연복리 1.5%)

□ 상품의 특이사항

① 이 보험은 보험업법 제91조에 정한 금융기관보험대리점의 판매를 통한 계약에 한정하는 상품입니다.

② 보장성 공시이율Ⅰ에 연동하는 상품입니다.

③ 이 상품은 단체계약이 없습니다.

④ 갱신형 보장은 매 3년단위 갱신을 통해 아래에 정한 기간까지 보장이 가능합니다.

갱신형 보장	[갱신형] 암 입원일당 [갱신형] 고액치료비암 진단비 [갱신형] 암진단비 [갱신형] 뇌출혈 진단비 [갱신형] 급성심근경색증 진단비 [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비 [갱신형] 조혈모세포이식 수술비 [갱신형] 5대장기이식 수술비	[갱신형] 상해 입원일당 (1일이상) [갱신형] 질병 입원일당 (1일이상)
보장 기간	3년 만기 **【80세까지 갱신】**	3년 만기 **【100세까지 갱신】**

● 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

□ 보험금 지급사유

보장명		지급사유	지급금액
상해	사망 · 고도후유장해	상해사고로 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
	일반후유장해	상해사고로 80%미만 후유장해가 발생한 경우	가입금액의 80% 한도
상해소득보상금		상해사고로 80%이상 후유장해가 발생한 경우	5년간 매년 가입금액의 200%
		상해사고로 50%이상 80%미만 후유장해가 발생한 경우 (최초 1회한 지급)	5년간 매년 가입금액의 100%
질병 고도장해 재활자금		보험기간 중 약관에 정한 질병고도장해가 발생한 경우(최초 1회한)	5년간 매년 가입금액
중대 화상 · 부식 진단비		상해사고로 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 경우 (최초 1회한 지급)	가입금액
[갱신형] 상해 입원일당 (1일이상) (3년만기 갱신)		상해사고로 병 · 의원 등에 입원하여 치료를 받은 경우 (사고일부터 180일 이내 입원에 한하여 입원1일당 일당 지급)	가입금액
[갱신형] 질병 입원일당 (1일이상) (3년만기 갱신)		보험기간 중 질병으로 병 · 의원 등에 입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 입원1일당 일당지급)	가입금액
[갱신형] 암 입원일당 (3년만기 갱신)		보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 및 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 병 · 의원 등에 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우(120일을 한도로 4일째 입원일부터 입원 1일당 일당 지급) ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일임	(4일이상 1일당) 가입금액 ※ 단, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양은 가입금액의 20%
[갱신형] 고액치료비암 진단비 (3년만기 갱신)		보장개시일 이후 고액치료비암으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 고액치료비암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
[갱신형] 암진단비 (3년만기 갱신)	보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 및 경계성종양으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일임	가입금액 ※ 단, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양은 가입금액의 10%
[갱신형] 뇌출혈 진단비 (3년만기 갱신)	보험기간 중 뇌출혈로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
[갱신형] 급성심근경색증 진단비 (3년만기 갱신)	보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
[갱신형] 만성당뇨합병증 진단비 (3년만기 갱신)	보험기간 중 만성당뇨합병증으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
[갱신형] 조혈모세포이식 수술비 (3년만기 갱신)	보험기간 중 질병으로 조혈모세포이식 수술을 받은 경우 (최초 1회한 지급)	가입금액
[갱신형] 5대장기이식 수술비 (3년만기 갱신)	보험기간 중 상해사고 또는 질병으로 장기수혜자로서 5대장기(심장, 신장, 췌장, 간장, 폐장) 이식수술을 받은 경우 (최초 1회한 지급)	가입금액

□ 지급제한사항

① 회사의 보장은 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하며 마지막 날 오후 4시에 끝납니다. 이 경우 시각은 보험증권(보험가입증서) 발행지의 표준시에 따릅니다.

② [갱신형] 고액치료비암 진단비, [갱신형] 암진단비(기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 및 경계성종양 제외)에 대한 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난 다음날입니다.

③ 기타피부암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암으로 보험금 지급사유 발생시 기타피부암에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 아니합니다.

④ 갑상샘암은 암의 정의에서 제외되는 바, 갑상샘암으로 보험금 지급사유 발생시 갑상샘암에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 아니합니다.

⑤ [갱신형] 고액치료비암 진단비, [갱신형] 암진단비, [갱신형] 뇌출혈 진단비, [갱신형] 급성심근경색증 진단비 및 [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비는 최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급합니다.

⑥ 보상하지 아니하는 손해 등 기타 세부적인 사항은 보통약관 내용에 따라 보험금의 지급이 제한될 수 있습니다.

● 보험료 산출기초

□ 보험료 구성

보험계약자가 납입하는 보험료는 보험사고 발생시 보험금 지급을 위한 위험보험료, 만기시 환급금을 지급하기 위한 저축보험료 그리고 보험회사의 사업경비를 위한 부가보험료로 구성됩니다.

□ 예정이율

예정이율이란?

보험회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립해 두는데 보험료 납입시점과 보험금 지급시점에는 시차가 발생하게 됩니다, 이 기간동안 보험회사는 적립된 금액을 운용할 수 있으므로 운용에 따라 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인율을 "예정이율"이라고 합니다. 일반적으로 예정이율이 높아지면 보험료는 낮아지고, 예정이율이 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

보장성 공시이율Ⅰ이란?

이 보험에 적용되는 보장성 공시이율Ⅰ(이하「보장성 공시이율Ⅰ」이라 합니다)은 회사의 운용자산이익률과 지표금리(국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 수익률의 평균)수익률을 산술 평균한 보장성 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정이율을 가감하여 보장성 공시이율Ⅰ을 결정하며, 보장성 공시기준이율의 80~120% 범위내에서 정합니다.

[공시이율 산출방법 요약]

→ 보장성 공시기준이율 = (운용자산이익률 + 지표금리수익률) / 2

※ 지표금리수익률은 국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 수익률의 평균을 적용합니다.

※ 이에 대한 보다 자세한 내용은 인터넷홈페이지 상품공시실에서 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911)의 사업방법서를 참조하시기 바랍니다.

이 보험의 보장부분 예정이율은 연복리 3.75%입니다.
이 보험의 적립부분 순보험료에 대해 "이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ"에 의한 이율에 연동되는 상품이며, 2010년 1월 현재 적용이율은 연복리 4.4%입니다. 단, 최저보증이율은 연복리 1.5%입니다.

보장성 공시이율Ⅰ의 적용은 계약건별로 년계약해당일(계약일부터 1년씩 경과되는 매년 계약해당일을 말합니다. 단, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다)이 속한 달의 보장성 공시이율Ⅰ로 하여 보험가입시점부터 매 1년간 확정적용합니다.

최저보증이율이란?

회사의 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

<해약시 경과기간별 적용이율표>

1년미만	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ × 80%
1년이상 ~ 2년미만	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ × 90%
2년이상	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ

□ 예정위험률

예정위험률이란?

한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 수 있는 확률을 대수의 법칙에 의해 예측한 것을 예정위험률이라고 합니다. 일반적으로 예정위험률이 높아지면 보험료가 높아지고 낮아지면 보험료가 낮아집니다.

< 예정위험률 예시 >

(35세, 상해 1급 기준)

보장위험	예정위험률	
	남자	여자
일반상해 사망	0.000533	0.000237
일반상해 80%이상 후유장해 발생률	0.000057	0.000023
일반상해 80%미만 후유장해 지급률	0.000178	0.000101
일반상해 50%이상 후유장해 발생률	0.000107	0.000043
질병 고도장해 발생률	0.000125	0.000134
중대한 화상 및 부식 발생률	0.000067	0.000015
상해 입원일당(1일이상)	0.852485	0.791208
질병 입원일당(1일이상)	0.544473	0.535068
기타피부암 및 갑상샘암 이외의 암 입원률	0.036166	0.064911
상피내암 입원률	0.000380	0.002310
경계성종양 입원률	0.000860	0.001453
기타피부암 입원률	0.000110	0.000165
갑상샘암 입원률	0.000580	0.003489
고액치료비암 발생률	0.000187	0.000186
기타피부암 및 갑상샘암 이외의 암 발생률	0.000965	0.002158
상피내암 발생률	0.000003	0.000428
경계성종양 발생률	0.000056	0.000139
기타피부암 발생률	0.000007	0.000007
갑상샘암 발생률	0.000045	0.000401
뇌출혈 발생률	0.000290	0.000114
급성심근경색증 발생률	0.000213	0.000089
만성당뇨합병증 발생률	0.000306	0.000160
조혈모세포이식 수술률	0.000036	0.000028
5대장기이식 수술률	0.000076	0.000040

□ 예정사업비율

예정사업비율이란?

보험회사가 보험계약의 체결, 유지 및 관리 등에 필요한 경비로 사용하기 위하여 보험료중 일정비율을 사업비로 책정하고 있는데 이를 예정사업비율이라 합니다.

(남자, 40세, 상해1급, 20년납, 월납 10만원 기준)

구 분	신계약비	유지비	수금비	사업비 계
예정사업비지수	61.4	116.0	266.7	107.8

※ 이 보험의 예정사업비지수는 업계 전체상품의 평균 예정사업비율과 비교한 수치이며, 업계평균 사업비율 산출기준일은 "2009년 4월 1일" 입니다.

예정사업비지수란?

손해보험협회에서 매년 산출한 업계의 평균사업비 규모(사업비 항목별 업계 평균을 100으로 설정)와 비교한 지수입니다. 이러한 예정사업비지수는 실제 귀하께서 가입하신 상품의 보험가입금액, 보험기간, 보험료 납입기간 및 납입보험료 등에 따라 차이가 발생할 수 있습니다.

● 계약자배당에 관한 사항

□ 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 진단비 플랜은 무배당 상품으로서 배당을 하지 않습니다. 그러나 무배당 상품은 배당 상품에 비해 보험료가 상대적으로 저렴하다는 특징이 있습니다.

● 해약환급금에 관한 사항

□ 해약환급금 산출기준

회사는 금융감독원장이 인가한 산출기준에 따라 계산한 이 보험의 보험료적립금(순보험료식 책임준비금에서 미상각신계약비를 공제한 금액)과 미경과보험료를 더한 금액을 해약환급금으로 지급하여 드립니다.

□ 해약환급금이 적은 이유

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 보험계약자가 납입한 보험료중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 보험계약자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되므로 중도해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

구체적인 상품내용은 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 진단비 플랜의 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911)
상해 플랜 주요내용

● 문답식 상품해설 (Q & A)

Q) 이 상품의 보장 중 갱신형 보장이 무엇이고 운용은 어떻게 되나요?

A) □ 갱신형 보장은 최초 가입후 3년마다 갱신을 통해 보험나이 최고 **100세 또는 80세 계약해당일**까지 보장받을 수 있습니다.

□ 갱신형 보장의 보험료(이하 **「갱신보험료」**)는 **매3년마다 갱신시 연령증가 및 적용요율의 변동**(위험률 변동 등)에 따라 **인상**될 수 있습니다.

□ **갱신보험료는 만기까지 납입하여야** 계약이 정상 유지됩니다.

※ 아래의 상품구조를 참조하시기 바랍니다.

구 분	보험기간
상해사망 및 후유장해	100세만기
상해소득보상금 교통상해사망 및 후유장해 뇌·내장손상 수술비 중대 화상·부식 진단비	80세만기
[갱신형] 골절진단비(치아파절 제외) [갱신형] 5대 골절진단비 [갱신형] 5대 골절수술비 [갱신형] 강력범죄위로금 [갱신형] 상해휴터복원 수술비	3년만기 **【80세까지 갱신】** (78세이상 갱신시 1~2년만기)
[갱신형] 상해 입원일당(1일이상) [갱신형] 자동차사고부상 위로금	3년만기 **【100세까지 갱신】** (98세이상 갱신시 1~2년만기)

Q) 이 상품의 만기환급금의 지급사항이 어떻게 되나요?

A) 회사는 이 보험의 만기시점의 적립금을 만기환급금으로 지급하여 드리며, 보장성 공시이율Ⅰ의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자 등에 따라 실제 만기환급금은 최초에 예시한 금액과 달라질 수 있습니다.

☞ 납입보험료 중 적립부분 순보험료(보험료에서 보장보험료, 부가보험료(사업비 등)를 제외한 금액)를 이 보험의 "보장성 공시이율Ⅰ"를 적용하여 적립한 금액으로, 향후 보장성 공시이율Ⅰ의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자 등에 따라 달라집니다.

Q) 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 상해 플랜의 보장 중 최초 1회에 한하여 보험금이 지급되는 보장이 있나요?

A) 네, 있습니다. 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 상해 플랜에서 최초 1회에 한하여 지급되는 보장은 상해소득보상금, 뇌·내장손상 수술비, 중대 화상·부식 진단비입니다.

※ 자세한 내용은 약관을 참고하시기 바랍니다.

● 가입자격제한 등 상품별 특이사항

□ 가입요건

무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 상해 플랜의 가입이 가능한 연령은 아래와 같습니다.

구 분	보험기간	납입기간	가입연령
상해사망 및 후유장해	100세만기	10년납	만15세~70세
		15년납	만15세~65세
		20년납	만15세~60세
		25년납	만15세~55세
		30년납	만15세~50세
상해소득보상금 교통상해사망 및 후유장해 뇌·내장손상 수술비 중대 화상·부식 진단비	80세만기	10년납	만15세~70세
		15년납	만15세~65세
		20년납	만15세~60세
		25년납	만15세~55세
		30년납	만15세~50세
[갱신형] 골절진단비(치아파절 제외) [갱신형] 5대 골절진단비 [갱신형] 5대 골절수술비 [갱신형] 강력범죄위로금 [갱신형] 상해흉터복원 수술비 [갱신형] 상해 입원일당(1일이상) [갱신형] 자동차사고부상 위로금	3년만기 (자동갱신)	전기납	만15세~70세

☞ 이 상품은 피보험자의 직업, 직무, 기타사항으로 인해 보험가입금액이 제한되거나 인수가 불가능할 수 있으며, 경우에 따라서는 건강진단 결과를 요구할 수도 있습니다. 또한 상기 예시한 가입요건(가입연령제한 등)은 가입시점의 인수기준에 따라 변경될 수 있습니다.

□ 상품구조

① 계약형태

보험기간	가입요건 참조
납입기간	
납입주기	월납, 3개월납, 6개월납, 연납

② 만기환급금

- 보장부분 : 없음

- 적립부분 : 적립부분 순보험료(보험료에서 보장보험료, 부가보험료(사업비 등)를 제외한 금액)를 기준으로 이 보험의 "보장성 공시이율Ⅰ"을 적용하여 적립한 금액(단, 최저보증이율 연복리 1.5%)

□ 상품의 특이사항

① 이 보험은 보험업법 제91조에 정한 금융기관보험대리점의 판매를 통한 계약에 한정하는 상품입니다.

② 보장성 공시이율Ⅰ에 연동하는 상품입니다.

③ 이 상품은 단체계약이 없습니다.

④ 갱신형 보장은 매 3년단위 갱신을 통해 아래에 정한 기간까지 보장이 가능합니다.

갱신형 보장	[갱신형] 골절진단비(치아파절 제외) [갱신형] 5대 골절진단비 [갱신형] 5대 골절수술비 [갱신형] 강력범죄위로금 [갱신형] 상해흉터복원 수술비	[갱신형] 상해 입원일당(1일이상) [갱신형] 자동차사고부상위로금
보장기간	3년 만기 **【80세까지 갱신】**	3년 만기 **【100세까지 갱신】**

● 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

□ 보험금 지급사유

보장명		지급사유	지급금액
상해	사망 · 고도후유장해	상해사고로 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
	일반후유장해	상해사고로 80%미만 후유장해가 발생한 경우	가입금액의 80% 한도
상해소득보상금		상해사고로 80%이상 후유장해가 발생한 경우	5년간 매년 가입금액의 200%
		상해사고로 50%이상 80%미만 후유장해가 발생한 경우 (최초 1회한 지급)	5년간 매년 가입금액의 100%
교통상해	사망 · 고도후유장해	교통사고로 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
	일반후유장해	교통사고로 80%미만 후유장해가 발생한 경우	가입금액의 80% 한도
뇌 · 내장손상 수술비		상해사고로 사고일부터 180일이내에 약관에 정한 뇌손상으로 개두(開頭)수술을 받거나, 내장손상으로 개흉(開胸)수술 또는 개복(開腹)수술을 받은 경우 (최초 1회한 지급)	가입금액
중대 화상 · 부식 진단비		상해사고로 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 경우 (최초 1회한 지급)	가입금액
[갱신형] 골절진단비 (치아파절제외) (3년만기 갱신)		상해사고로 약관에 정한 골절(치아파절 제외)로 진단 확정된 경우	가입금액
[갱신형] 5대 골절진단비 (3년만기 갱신)		상해사고로 약관에 정한「5대 골절」로 진단 확정된 경우	가입금액
[갱신형] 5대 골절수술비 (3년만기 갱신)		상해사고로 약관에 정한「5대 골절」로 수술을 받은 경우	가입금액
[갱신형] 상해 입원일당 (1일이상) (3년만기 갱신)		상해사고로 병 · 의원 등에 입원하여 치료를 받은 경우 (사고일부터 180일이내 입원에 한하여 입원1일당 일당지급)	가입금액
[갱신형] 강력범죄위로금 (3년만기 갱신)		약관에 정한 강력범죄로 사망하거나 신체에 약관에 정한 피해가 발생한 경우	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
[갱신형] 상해흉터복원 수술비 (3년만기 갱신)	상해사고로 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 원상회복을 목적으로 사고일부터 2년이내에 성형수술을 받은 경우 ※ 안면부 1㎝당 14만원, 상·하지 1㎝당 7만원(단, 3㎝ 이상) 지급	500만원 한도
[갱신형] 자동차사고 부상위로금 (3년만기 갱신)	자동차사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차보험(공제계약을 포함합니다)에서 보험금을 지급받은 경우(부상급수별 차등 지급)	1급 200만원 2~4급 100만원 5~7급 50만원 8~14급 10만원

□ **지급제한사항**

① 회사의 보장은 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하며 마지막 날 오후 4시에 끝납니다. 이 경우 시각은 보험증권(보험가입증서) 발행지의 표준시에 따릅니다.

② 보상하지 아니하는 손해 등 기타 세부적인 사항은 보통약관 내용에 따라 보험금의 지급이 제한될 수 있습니다.

● 보험료 산출기초

□ 보험료 구성

보험계약자가 납입하는 보험료는 보험사고 발생시 보험금 지급을 위한 위험보험료, 만기시 환급금을 지급하기 위한 저축보험료 그리고 보험회사의 사업경비를 위한 부가보험료로 구성됩니다.

□ 예정이율

예정이율이란?

보험회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립해 두는데 보험료 납입시점과 보험금 지급시점에는 시차가 발생하게 됩니다, 이 기간동안 보험회사는 적립된 금액을 운용할 수 있으므로 운용에 따라 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인율을 "예정이율"이라고 합니다. 일반적으로 예정이율이 높아지면 보험료는 낮아지고, 예정이율이 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

보장성 공시이율Ⅰ이란?

이 보험에 적용되는 보장성 공시이율Ⅰ(이하「보장성 공시이율Ⅰ」이라 합니다)은 회사의 운용자산이익률과 지표금리(국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 수익률의 평균)수익률을 산술 평균한 보장성 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정이율을 가감하여 보장성 공시이율Ⅰ을 결정하며, 보장성 공시기준이율의 80~120% 범위내에서 정합니다.

[공시이율 산출방법 요약]

→ 보장성 공시기준이율 = (운용자산이익률 + 지표금리수익률) / 2

※ 지표금리수익률은 국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 수익률의 평균을 적용합니다.

※ 이에 대한 보다 자세한 내용은 인터넷홈페이지 상품공시실에서 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911)의 사업방법서를 참조하시기 바랍니다.

이 보험의 보장부분 예정이율은 연복리 3.75%입니다.
이 보험의 적립부분 순보험료에 대해 "이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ"에 의한 이율에 연동되는 상품이며, 2010년 1월 현재 적용이율은 연복리 4.4%입니다. 단, 최저보증이율은 연복리 1.5%입니다.

보장성 공시이율Ⅰ의 적용은 계약건별로 년계약해당일(계약일부터 1년씩 경과되는 매년 계약해당일을 말합니다. 단, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다)이 속한 달의 보장성 공시이율Ⅰ로 하여 보험가입시점부터 매 1년간 확정적용합니다.

최저보증이율이란?

회사의 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

<해약시 경과기간별 적용이율표>

1년미만	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ × 80%
1년이상 ~ 2년미만	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ × 90%
2년이상	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ

□ 예정위험률

예정위험률이란?

한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 수 있는 확률을 대수의 법칙에 의해 예측한 것을 예정위험률이라고 합니다. 일반적으로 예정위험률이 높아지면 보험료가 높아지고 낮아지면 보험료가 낮아집니다.

< 예정위험률 예시 >

(35세, 상해 1급, 자가용운전자 기준)

보장위험	예정위험률	
	남자	여자
일반상해 사망	0.000533	0.000237
일반상해 80%이상 후유장해 발생률	0.000057	0.000023
일반상해 80%미만 후유장해 지급률	0.000178	0.000101
일반상해 50%이상 후유장해 발생률	0.000107	0.000043
교통상해 사망	0.000390	0.000173
교통상해 80%이상 후유장해 발생률	0.000044	0.000022
교통상해 80%미만 후유장해 지급률	0.000138	0.000068
상해로 인한 뇌손상/내장손상 수술률	0.000394	0.000394
중대한 화상 및 부식 발생률	0.000067	0.000015
골절진단비(치아파절제외)	0.023095	0.023095
5대 골절발생률	0.003453	0.003453
5대 골절수술률	0.000504	0.000504
상해 입원일당(1일이상)	0.852485	0.791208
강력범죄 발생률(일상생활중)	0.000292	0.000292
상해 흉터복원 수술률	0.018339	0.018339
자동차사고 부상 위험률	0.004057	0.004057

□ 예정사업비율

예정사업비율이란?

보험회사가 보험계약의 체결, 유지 및 관리 등에 필요한 경비로 사용하기 위하여 보험료중 일정비율을 사업비로 책정하고 있는데 이를 예정사업비율이라 합니다.

(남자, 40세, 상해1급, 자가용운전자, 20년납, 월납 10만원 기준)

구 분	신계약비	유지비	수금비	사업비 계
예정사업비지수	71.4	108.2	266.7	105.7

※ 이 보험의 예정사업비지수는 업계 전체상품의 평균 예정사업비율과 비교한 수치이며, 업계평균 사업비율 산출기준일은 "2009년 4월 1일" 입니다.

예정사업비지수란?

손해보험협회에서 매년 산출한 업계의 평균사업비 규모(사업비 항목별 업계 평균을 100으로 설정)와 비교한 지수입니다. 이러한 예정사업비지수는 실제 귀하께서 가입하신 상품의 보험가입금액, 보험기간, 보험료 납입기간 및 납입보험료 등에 따라 차이가 발생할 수 있습니다.

● 계약자배당에 관한 사항

□ 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 상해 플랜은 무배당 상품으로서 배당을 하지 않습니다. 그러나 무배당 상품은 배당 상품에 비해 보험료가 상대적으로 저렴하다는 특징이 있습니다.

● 해약환급금에 관한 사항

□ 해약환급금 산출기준

회사는 금융감독원장이 인가한 산출기준에 따라 계산한 이 보험의 보험료적립금(순보험료식 책임준비금에서 미상각신계약비를 공제한 금액)과 미경과보험료를 더한 금액을 해약환급금으로 지급하여 드립니다.

□ 해약환급금이 적은 이유

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 보험계약자가 납입한 보험료중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 보험계약자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되므로 중도해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

구체적인 상품내용은 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 상해 플랜의 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험
(0911) 실손의료비 플랜 보통약관

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

제1장 [갱신형] 실손의료비
제1관 일반사항

제1조(담보종목)

① 회사가 판매하는 실손 의료보험상품은 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형, 질병통원형, 종합(상해와 질병을 말합니다. 이하 같습니다)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 '실손의료비'문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어정의)

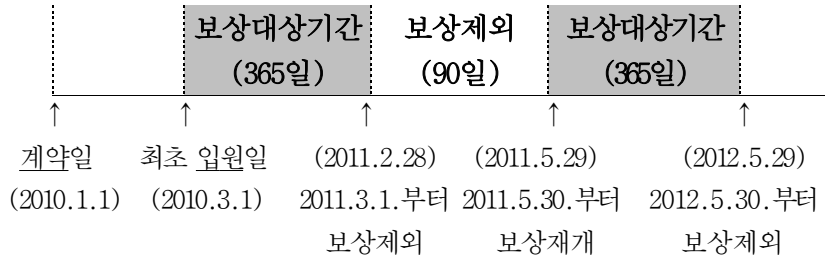
이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 제1장 [갱신형] 실손의료비【붙임】과 같으며 해당 용어는 이 약관에서 밑줄을 그어 표시합니다.

제1장 [갱신형] 실손의료비
제2관 회사가 보상하는 사항

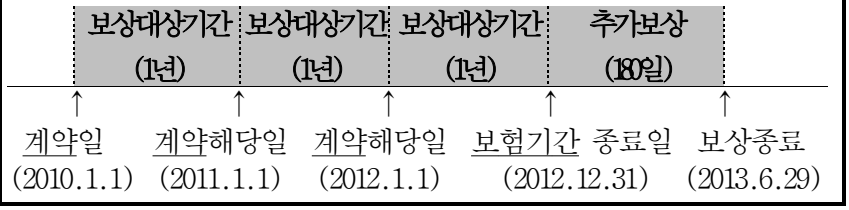
제3조(담보종목별 보장내용)

회사가 제1장 [갱신형] 실손의료비 계약(이하 「계약」이라 합니다)의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

<table>
<tr><th>담보종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1) 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, 입원제비용, 입원수술비</td><td>'국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금'과 '비급여(상급병실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약 해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr>
<tr><td>상급병실료 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.</td></tr>
</table>

담보 종목	보상하는 사항
(1) 상해 입원	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. 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. <보상기간 예시>  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. ⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

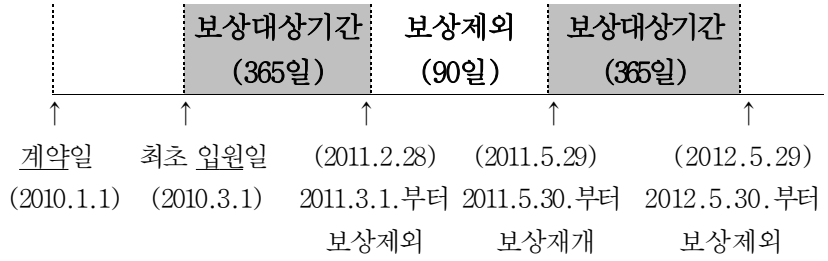
<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(2)
상해
통원</td><td>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th>구 분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>외래</td><td>방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)</td></tr>
<tr><td>처방
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.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(2)
상해
통원</td><td>
<표1 항목별 공제금액>
<table>
<tr><th>구 분</th><th>보상금액</th><th>공제
금액</th></tr>
<tr><td rowspan="3">외래
(외래제비용
및
외래수술비
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
5천원</td></tr>
<tr><td>국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관</td><td>2만원</td></tr>
<tr><td>처방
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>


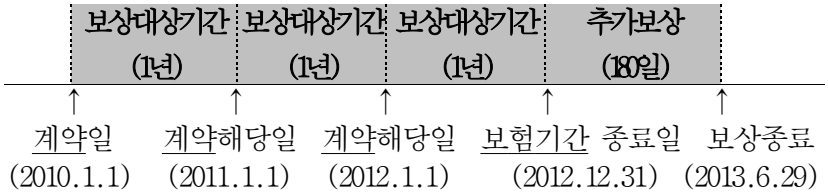
</td></tr>
</table>

담보 종목	보상하는 사항
(2) 상해 통원	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. 이 때 외래에 대한 공제금액은 2회 이상의 중복 방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 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 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다. 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. ⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(3)
질병
입원</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>구 분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원실료,
입원제비용,
입원수술비</td><td>'국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금'과 '비급여(상급병실료 차액 제외)'부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약 해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr>
<tr><td>상급병실료
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.
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.</td></tr>
</table>

담보 종목	보상하는 사항
(3) 질병 입원	④ 회사는 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비는 최초 입원일로부터 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. **<보상기간 예시>**  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. ⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다. ⑦ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.

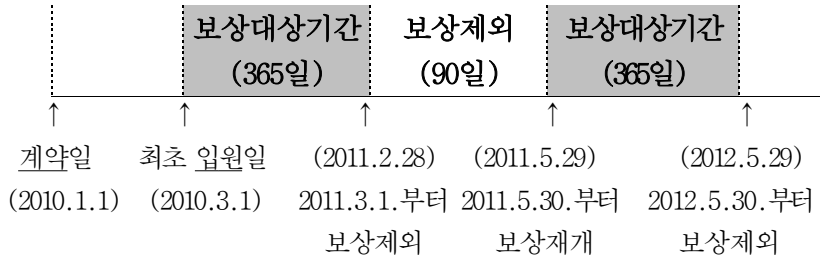
<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(3)
질병
입원</td><td>⑧ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.
⑨ 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제19조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑩ 이 약관 제20조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.</td></tr>
<tr><td>(4)
질병
통원</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>구 분</th><th>보상금액</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
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.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(4)
질병
통원</td><td>
<표1 항목별 공제금액>
<table>
<tr><th>구 분</th><th>보상금액</th><th>공제
금액</th></tr>
<tr><td rowspan="3">외래
(외래제비용
및
외래수술비
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
5천원</td></tr>
<tr><td>국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관</td><td>2만원</td></tr>
<tr><td>처방
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>


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

담보 종목	보상하는 사항
(4) 질병 통원	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. 이 때 외래에 대한 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. 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. 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. ⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다. 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. ⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제19조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. ⑨ 이 약관 제20조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 '청약일'로 하여 적용합니다.

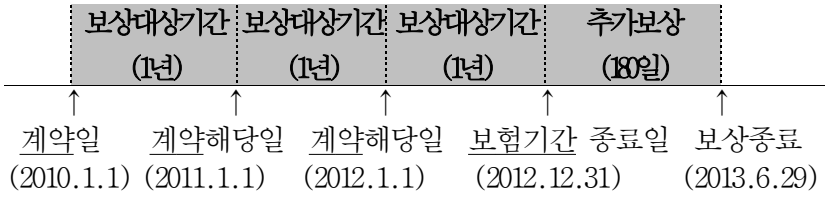
<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(5)
종합
입원</td><td>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 보험가입금액(상해당, 질병당 각각 5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th>구 분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원실료,
입원제비용,
입원수술비</td><td>'국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금'과 '비급여(상급병실료 차액 제외)'부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약 해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr>
<tr><td>상급병실료
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.
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.
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.</td></tr>
</table>

담보 종목	보상하는 사항
(5) 종합 입원	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. <보상기간 예시>  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. ⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

담보 종목	보상하는 사항
(5) 종합 입원	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. 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. ⑩ 제9항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제19조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. ⑪ 이 약관 제20조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.

<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(6)
종합
통원</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>구 분</th><th>보상금액</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
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.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(6)
종합
통원</td><td>
<표1 항목별 공제금액>
<table>
<tr><th>구 분</th><th>보상금액</th><th>공제
금액</th></tr>
<tr><td rowspan="3">외래
(외래제비용
및
외래수술비
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
5천원</td></tr>
<tr><td>국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관</td><td>2만원</td></tr>
<tr><td>처방
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.
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.
</td></tr>
</table>

담보 종목	보상하는 사항
(6) 종합 통원	④ 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. 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. <보상기간 예시>  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. 이때 외래에 대한 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. ⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

담보 종목	보상하는 사항
(6) **종합 통원**	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. ⑨ 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제19조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. ⑩ 이 약관 제20조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

제1장 [갱신형] 실손의료비
제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

담보 종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 입원	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용 6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 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) 8. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

담보 종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 입원	② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다) 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승 ③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 치과치료·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액 3. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 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. 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)

담보 종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 입원	6. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 7. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용 8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. 9. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비

담보 종목	보상하지 않는 사항
(2) 상해 통원	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다),산후기로 통원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용 6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 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) 8. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 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

담보 종목	보상하지 않는 사항
(2) 상해 통원	2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다) 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승 ③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 치과치료·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액 3. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 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. 5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) 6. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

담보 종목	보상하지 않는 사항
(2) 상해 통원	7. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용 8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. 9. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비

담보 종목	보상하지 않는 사항
(3) 질병입원	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ② 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.(【별표11】 질병입원형·질병통원형·종합입원형(질병입원)·종합통원형(질병통원)에서 보상하지 아니하는 질병 참조) 1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 비뇨기계 장애(N39, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62)

담보 종목	보상하지 않는 사항
(3) 질병 입원	③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액 3. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 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. 5. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 검열반 등 안과질환 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)

담보 종목	보상하지 않는 사항
(3) 질병 입원	7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용 9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. 10. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료 중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다) 11. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비

담보 종목	보상하지 않는 사항
(4) 질병 통원	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ② 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.(【별표11】 질병입원형·질병통원형·종합입원형(질병입원)·종합통원형(질병통원)에서 보상하지 아니하는 질병 참조) 1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 비뇨기계 장애(N39, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62)

담보 종목	보상하지 않는 사항
(4) 질병 통원	③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액 3. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 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. 5. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 검열반 등 안과질환 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)

담보 종목	보상하지 않는 사항
(4) 질병통원	7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용 9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. 10. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외) 11. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비
(5) 종합입원	① 상해에 대하여는 '상해입원'을 적용 ② 질병에 대하여는 '질병입원'을 적용
(6) 종합통원	① 상해에 대하여는 '상해통원'을 적용 ② 질병에 대하여는 '질병통원'을 적용

제1장 [갱신형] 실손의료비
제4관 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.

<예정이율>

회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립해 두는데 보험료 납입시점과 보험금 지급시점에는 시차가 발생하게 됩니다. 이 기간동안 회사는 적립된 금액을 운용할 수 있으므로 운용에 따라 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인율을 “예정이율”이라고 합니다. 일반적으로, 예정이율이 높아지면 보험료는 낮아지고, 예정이율이 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

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 제22조(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)
① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이

상의 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.

< 보험나이 계산 예시 >

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

제9조(계약의 무효)

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

제10조(계약의 소멸)

① 피보험자(보험대상자)의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
② 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 계약의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제11조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조(갱신형 보장의 갱신 및 보험기간)

① 회사는 다음 각호의 조건을 충족하고, 갱신형 보장의 보험기간(이하「갱신보험기간」이라 합니다)이 만료되는 날부터 15일 전까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 갱신형 보장은 동일한 보장내용으로, 자동으로 갱신(이하「갱신계약」이라 합니다)되는 것으로 합니다.

1. 갱신보험기간의 만기일이 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 기간내 일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 연령이 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 범위내 일 것
3. 제19조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간내에 갱신형 보장의 갱신전 계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

② 갱신형 보장의 갱신보험기간은 3년으로 하며, 다만, 98세 이후에 최초로 도래하는 갱신시의 보험기간은 보험나이 100세 계약해당일 까지로 합니다.

③ 제1항 및 제2항의 갱신형 보장이라 함은 [갱신형] 실손의료비를 말합니다.

제13조(자동갱신시 제도 및 보험료 적용)

① 갱신계약의 약관은 갱신전 계약의 약관을 적용하고, 갱신계약의 보험요율에 관한 제도 또는 보험료(이하「보험요율 제도 또는 보험료」라 합니다)는 갱신일 현재의 보험요율 제도 또는 보험료를 적용합니다. 단, 법령의 개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 약관변경에 따라 약관이 개정된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다.

② 제1항의 경우 회사는 갱신형 보장의 갱신보험기간이 만료되는 날부터 15일전까지 그 내용을 계약자에게 서면으로 통지합니다.

제14조(갱신계약의 보장개시)

제12조(갱신형 보장의 갱신 및 보험기간)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신계약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제15조(갱신일 이후 부활(효력회복) 청약시 연체보험료의 적용)

제20조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)) 제1항에서 정한 연체된 보험료는 갱신일 이전 기간에 납입되지 않은 보험료를 포함하여, 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 보험료를 말합니다.

제1장 [갱신형] 실손의료비
제5관 보험료의 납입 등

제16조(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, 제26조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 그러하지 아니합니다.

제17조(제2회 이후 보험료의 납입)

① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날(이하 "납입기일"이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.
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 금액을 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

제18조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제19조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제39조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적

용하여 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 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제22조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

<용어풀이>

「보험계약대출이율」이라 함은 해당 보험상품의 약관에 따라 계약자가 대출을 받을 경우, 회사가 정하는 대출이율이며, 이 보험의 보험계약대출이율이 변경되는 경우, 변경된 시점부터 변경된 이율을 적용합니다.

제19조(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 포함합니다)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.

제20조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제19조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경

우(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.
② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제5조(계약의 성립), 제16조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제26조(계약 전 알릴의무) 및 제28조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제21조(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.

제22조(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.

제23조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 게약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제1장 [갱신형] 실손의료비
제6관 다수보험의 처리 등

제24조(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.

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

제25조(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.

제1장 [갱신형] 실손의료비
제7관 계약 전 알릴의무 등

제26조(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.

<용어풀이>

「계약전 알릴 의무」라 함은 상법 제651조에서 정하고 있는 의무로서, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금이 지급되지 않을 수 있습니다.

제27조(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.

제28조(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 제26조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제27조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

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

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 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 제1항 제1호에 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.

제29조(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 납입면제를 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.

제30조(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.

제1장 [갱신형] 실손의료비
제8관 보험금 지급의 절차 등

제31조(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.

제32조(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.

제33조(보험금 지급사유의 통지)
계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 수익자는 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제34조(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

제35조(보험금의 지급)
① 회사는 제34조(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 제28조(알릴의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하

여 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.

<용어풀이>

「영업일」이라 함은 "토요일", "일요일", "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일" 및 "근로자의 날"을 제외한 날을 의미합니다.

제36조(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 해약환급금의 경우 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제37조(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.

제38조(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

제39조(보험계약대출)

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

② 계약자는 제1항에 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 제19조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출 원리금을 상계합니다.

④ 회사는 수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제1장 [갱신형] 실손의료비
제9관 분쟁조정 등

제40조(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 보고, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻

어 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.

제41조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

<용어풀이>

「소멸시효」라 함은 주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험사고가 발생한 후 2년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못합니다.

제42조(분쟁의 조정)
계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제43조(관할법원)
이 계약에 관한 소송은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제44조(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.

제45조(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.

제46조(회사의 손해배상책임)
회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여는 보험업법 등 관계법률에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제47조(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.

제48조(예금보험기금에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

제49조(준거법)
이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

【붙임】 용어의 정의

용어	정의
계약	[갱신형] 실손의료비 보험계약
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자 (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·한의원및조산원으로 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

용어	정의
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 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

용어	정의
요양급여	국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 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 및 공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험
(0911) 실손의료비 플랜 보통약관

제2장 기타보장
제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조(보험계약의 성립)

① 제2장 기타보장의 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다. (이하「제2장 기타보장의 보험계약」은「계약」,「보험계약자」는「계약자」,「보험회사」는「회사」라 합니다)

② 회사는 피보험자(보험대상자, 이하「피보험자」라 합니다)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)를 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 보장부분 예정이율(이하「예정이율」이라 합니다)+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 승낙을 거절한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

<예정이율>

회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립해 두는데 보험료 납입시점과 보험금 지급시점에는 시차가 발생하게 됩니다. 이 기간동안 회사는 적립된 금액을 운용할 수 있으므로 운용에 따라 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인율을 “예정이율”이라고 합니다. 일반적으로, 예정이율이 높아지면 보험료는 낮아지고, 예정이율이 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

제2조(청약의 철회)

① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터

15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 그 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 보험의 보험계약대출이율(이하「보험계약대출이율」이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 청약을 철회한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제3조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 계약자의 요청이 있을 경우에는 전자거래기본법 제2조 제1호에서 정한 전자문서(이하「전자문서」라 합니다)를 이용하여 약관을 드릴 수 있습니다.
② 제1항에도 불구하고 전자거래기본법 제2조 제5호에 의해 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 계약자 보관용 청약서를 드리지 아니할 수 있습니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약전 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.
③ 회사가 제1항 또는 제2항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자(보험금 또는 환급금을 받는 자, 이하「수익자」라 합니다)가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 수익자가 계약자의 법정상속

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

제4조(계약의 무효)

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
② 제24조([갱신형] 고액치료비암 진단비)의 경우, 피보험자가 계약일부터 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일의 전일 이전에 고액치료비암으로 진단확정되어 있는 경우 제24조([갱신형] 고액치료비암 진단비)는 무효로 하며, 이미 납입한 제24조([갱신형] 고액치료비암 진단비)의 해당 보장보험료를 돌려드립니다.
④ 제25조([갱신형] 암진단비)의 경우, 피보험자가 계약일부터 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우 제25조([갱신형] 암진단비)는 무효로 하며, 이미 납입한 제25조([갱신형] 암진단비)의 해당 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(계약내용의 변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 보험가입금액
5. 계약자, 피보험자, 수익자
6. 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제1항 제1호의 규정에 의하여 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제4호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제33조(해약환급금)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
④ 계약자가 제1항 제5호 중 사망보험금 수익자를 변경하고자 할 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.
⑤ 계약자가 제1항 제5호 중 피보험자를 변경할 수 있는 경우는 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 이 보험에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하거나 파산, 이민, 또는 이혼 등 불가피한 사유로 계약을 유지시킬 수 없는 경우
2. 계약자가 그와 고용관계에 있는 피보험자를 해고 또는 교체한 경우

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

제6조(계약자의 임의해지)
계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

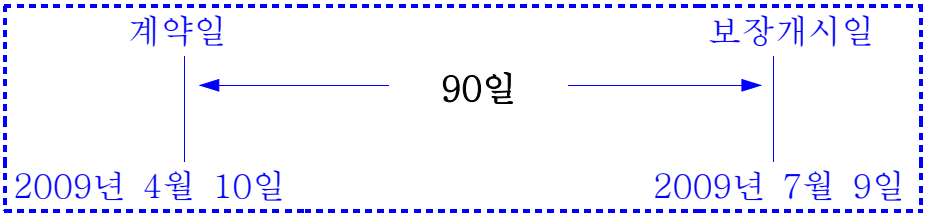
제7조(손해보상 후의 계약)
① 한 번의 사고에 대하여 지급한 제20조(상해후유장해보험금)의 상해후유장해보험금이 상해후유장해 보험가입금액의 80%미만인 경우에는 남은 보험기간에 대한 이 계약의 상해후유장해보험가입금액은 감액되지 아니하며, 제19조(상해사망보험금)에서 정한 사망보험금 또는 제20조(상해후유장해보험금)의 제1항에서 정한 고도후유장해보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 계약은 소멸됩니다.
② 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산한 적립부분 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
③ 이 계약에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다. 다만, 제5조(계약내용의 변경) 제5항에 따라 피보험자를 변경하는 경우에는 그러하지 아니합니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제18조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
⑤ 제21조(상해소득보상금)에서 정한 상해소득보상금, 제22조(질병 고도장해 재활자금)에서 정한 질병 고도장해 재활자금, 제23조(중대 화상·부식 진단비)에서 정한 중대 화상·부식 진단비, 제24조([갱신형] 고액치료비암 진단비)에서 정한 고액치료비암 진단비, 제25조([갱신형] 암진단비)에서 정한 암진단비(단, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양 진단비 제외), 제26조([갱신형] 뇌출혈 진단비)에서 정한 뇌출혈 진단비 및 제27조([갱신형] 급성심근경색증 진단비)에서 정한 급성심근경색증 진단비를 지급받은 경우 각각의 손해 보상의 원인이 생긴 때부터 계약자는 차회이후 각각의 해당 보장보험료를 납입하지 아니합니다.

제8조(회사의 보장의 시기 및 종기)

① 회사의 보장은 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하며 마지막날 오후 4시에 끝납니다. 이 경우 시각은 보험증권(보험가입증서) 발행지의 표준시에 따릅니다.
② 제1항에도 불구하고, 제24조([갱신형] 고액치료비암 진단비)의 고액치료비암 및 제25조([갱신형] 암진단비)의 암(기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양은 제외)에 대한 보장개시일은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며, 제25조([갱신형] 암진단비)의 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.(이하「암에 대한 보장개시일」이라 합니다) 이 경우 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 다만, 제9조(갱신형 보장의 갱신 및 보험기간)에서 정한 갱신계약의 경우에는 갱신일을 암에 대한 보장개시일로 합니다.

<암 및 고액치료비암의 보장개시일 계산 예시>



* 단, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 규정에도 불구하고 회사는 다른 약정이 없으면 제1

회 보험료를 받기 전에 생긴 손해에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
④ 회사가 계약자로부터 계약의 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에 그 청약을 승낙하기 전에 계약에서 정한 보험사고가 생긴 때에는 회사는 계약상의 보장을 합니다.
⑤ 제4항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제1항에서 정한 보장의 시기가 개시되지 아니한 경우
2. 제37조(계약전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
3. 제39조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
⑤ 제2항의 보험료는 제17조(보상하는 손해)의 손해를 보상하는데 필요한 보험료(이하「보장보험료」라 합니다)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하「적립보험료」라 합니다)로 구성됩니다.(이하「보장보험료」와「적립보험료」를 합하여「보험료」라 합니다)

제9조(갱신형 보장의 갱신 및 보험기간)

① 회사는 다음 각호의 조건을 충족하고, 갱신형 보장의 보험기간(이하「갱신보험기간」이라 합니다)이 만료되는 날부터 15일 전까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 갱신형 보장은 동일한 보장내용으로, 자동으로 갱신(이하「갱신계약」이라 합니다)되는 것으로 합니다.
1. 갱신보험기간의 만기일이 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 기간내 일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 범위내 일 것
3. 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간내에 갱신형 보장의 갱신전 계약의 보험료가 납입완료 되었을 것
② 갱신형 보장의 갱신보험기간은 3년으로 하며, 다만, 78세 이후에 최초로 도래하는 갱신보험기간은 보험나이 80세 계약해당일 까지로 합니다.
③ 제1항 및 제2항의 갱신형 보장이라 함은 제24조([갱신형] 고액치료비암 진단비), 제25조([갱신형] 암진단비), 제26조([갱신형] 뇌출혈 진단비), 제27조([갱신형] 급성심근경색증 진단비)을 말합니다.

제10조(자동갱신시 제도 및 보험료 적용)

① 갱신계약의 약관은 갱신전 계약의 약관을 적용하고, 갱신계약의 보험요율에 관한 제도 또는 보험료(이하 「보험요율 제도 또는 보험료」라 합니다)는 갱신일 현재의 보험요율 제도 또는 보험료를 적용합니다. 단, 법령의 개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 약관변경에 따라 약관이 개정된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다.

② 제1항의 경우 회사는 갱신형 보장의 갱신보험기간이 만료되는 날부터 15일전까지 그 내용을 계약자에게 서면으로 통지합니다.

제11조(갱신일 이후 부활(효력회복) 청약시 연체보험료의 적용)

제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)) 제1항에서 정한 연체보험료는 갱신일 이전 기간에 납입되지 않은 보험료를 포함하여, 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 보험료를 말합니다.

제2장 기타보장

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제12조(보험나이의 계산)

① 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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

< 보험나이 계산 예시 >

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

제13조(보험료의 납입)

① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 이 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융기관(우체국 포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융기관 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 보험기간 중에 소멸 또는 변경되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 예정이율로 계산한 금액을 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

제14조(보험료의 자동대출납입)

① 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 계약자가 보험료의 자동대출을 서면신청한 경우 제49조(보험계약대출)에 의한 보험계약대출로 보험료가 자동적으로 대출되어 계약이 유효하게 지속됩니다.

② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율로 계산)를 더한 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 따라 보험계약대출로 자동납입되는 보험료는 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 계약자의 서면에 의한 재신청이 있어야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해약을 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 그 청구에 따라 처리합니다.

<용어풀이>

「보험계약대출이율」이라 함은 해당 보험상품의 약관에 따라 계약자가 대출을 받을 경우, 회사가 정하는 대출이율이며, 이 보험의 보험계약대출이율이 변경되는 경우, 변경된 시점부터 변경된 이율을 적용합니다.

제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고하고 이 납입최고(독촉)기간 안에 보

험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 수금방법이 회사의 방문수금 또는 계약자의 은행 수납방법으로 약정되어 있는 경우에 회사가 방문수금을 이행하지 않은 경우 또는 납입통지서(지로 등)를 드리지 않은 경우로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 수금하기로 하거나 납입통지서(지로 등)를 다시 드리기로 한 경우에는 그 수금한 날 또는 다시 드린 날부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 합니다.
③ 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 수익자 포함)에게 납입최고(독촉)기간 안에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원리금을 차감할 수 있다는 내용을 포함합니다)을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
④ 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 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대하여 예정이율 + 1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.
② 계약의 부활(효력회복)에 관하여는 제1조(보험계약의 성립), 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기), 제37조(계약전 알릴 의무) 및 제39조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제2장 기타보장
제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제17조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「사고」라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입었을 때에는 그 상해 또는 질병으로 인하여 생긴 손해(이하「손해」라 합니다)를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

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 포함되지 아니합니다.

제18조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 제19조(상해사망보험금), 제20조(상해후유장해보험금), 제21조(상해소득보상금) 및 제23조(중대 화상·부식 진단비)의 보험금을 보상하여 드리지 아니합니다.

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

12. 제11호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

③ 회사는 아래의 경우는 제22조(질병 고도장해 재활자금)의 보험금을 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 피보험자의 선천적기형, 선천적질환, 정신질환 및 이에 근거한 상병

④ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 제19조(상해사망보험금), 제20조(상해후유장해보험금), 제21조(상해소득보상금) 및 제23조(중대 화상·부식 진단비)의 보험금을 보상하여 드리지 아니합니다.

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
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

제19조(상해사망보험금)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일부터 2년 이내에 사망하였을 때에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 상해사망 보험가입금액(이하「상해사망 보험가입금액」이라 합니다)을 사망보험금으로 수익자에게 지급합니다.

② 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명

되어 피보험자의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제20조(상해후유장해보험금)

① **고도후유장해보험금** : 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 2년 이내에 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하「후유장해」라 합니다)되어 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해(이하「고도후유장해」라 합니다)가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 상해후유장해 보험가입금액(이하「상해후유장해 보험가입금액」이라 합니다)을 고도후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.

② **일반후유장해보험금** : 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 2년 이내에 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 장해분류표에서 정한 지급률이 80%미만에 해당하는 후유장해(이하「일반후유장해」라 합니다)가 남았을 경우에는 상해후유장해 보험가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.

④ 제1항 내지 제3항의 상해후유장해보험금 지급을 위한 장해분류표에서 정한 지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지

급률로 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 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 상해후유장해보험금을 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 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 상해후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 상해후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 위 1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 상해후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

제21조(상해소득보상금)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 2년 이내에 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해(이하「50%이상 후유장해」라 합니다)가 남았을 경우에는 아래에 정한 금액을 상해소득보상금(이하「상해소득보상금」라 합니다)으로 수익자에게 최초 1회에 한하여 확정 지급합니다.

구분	50% 이상 80% 미만 후유장해시	80%이상 후유장해시
상해 소득보상금	5년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재된 상해소득보상금 보험가입금액의 100% 지급	5년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재된 상해소득보상금 보험가입금액의 200% 지급

② 제1항의 상해소득보상금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해 지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

④ 같은 사고로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제4항에도 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.

⑥ 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료

종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제4항을 적용합니다.
⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 상해소득보상금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 상해소득보상금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 상해소득보상금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 상해소득보상금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 상해소득보상금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 상해소득보상금을 차감하여 지급합니다.
1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 상해소득보상금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 위1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 상해소득보상금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 상해소득보상금이 지급되지 않았던 후유장해
⑨ 제1항의 상해소득보상금은 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 지급하여 드리며, 수익자가 일시금으로 지급받고자 요청한 때에는 회사는 이 보험의 예정이율을 반영하여 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제22조(질병 고도장해 재활자금)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 질병을 직접적인 원인으로 아래의 어느 하나에 해당된 때에는 최초 1회에 한하여 5년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재된 질병 고도장해 재활자금 보험가입금액을 질병 고도장해 재활자금으로 수익자에게 확정 지급합니다.
1. 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실되어【별표 12】(질병 고도장해 판정기준)에서 정한 장해상태(이하「질병 고도장해」라 합니다)가 되었을 때
2. 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정신

지체장애, 신장장애, 심장장애 중 하나 이상의 장애가 발생하고 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조에서 정한 1급 또는 2급의 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 정신지체장애인, 신장장애인, 심장장애인을 말합니다)이 되었을 때

② 제1항의 질병에서 보험계약 청약일부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병이라 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

④ 제3항의「보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안」이라 함은 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.

⑥ 제1항 제1호에서 정한 질병 고도장해라 함은【별표12】(질병 고도장해 판정기준)의 1.에서 정한 장해상태가 되었을 경우 및【별표12】(질병 고도장해 판정기준)의 2. ~ 11.에서 정한 장해상태에 해당되어 그 상태가 영구히 지속된다는 의사의 진단확정을 받았을 경우를 말하며, 이 경우 의사의 진단확정은 장해상태의 원인이 되는 질병의 최초 진단일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후로 합니다. 단, 신장장해의 경우 1개월 이상 지속적으로 혈액투석 또는 복막투석치료를 받고 있는 경우를 말합니다.

⑦ 회사는 피보험자의 장해상태가 확정되지 않은 상태에서 이 보장의 보험기간이 종료된 경우에는 장해상태의 원인이 되는 질병의 최초 진단일부터 180일이 지난 날의 의사진단에 기초하여 장해상태를 결정합니다.

⑧ 제1항의 질병 고도장해 재활자금은 매년 보험금 지급사유 발생 해당일에 지급하여 드리며, 수익자가 일시금으로 지급받고자 요청한 때에는 회사는 예정이율을 반영하여 할인한 금액을 지급합니다.

제23조(중대 화상 · 부식 진단비)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증

권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」으로 진단확정된 경우 보험증권(보험가입증서)에 기재된 중대 화상·부식 진단비 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중대 화상·부식 진단비로 수익자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」이라 함은 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 경우를 말합니다. 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 신체 표면적은 "9의 법칙(The Rule of 9's)" 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder Chart)"에 의해 측정되어 진 것을 말하며, "9의 법칙" 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트" 측정법과 같이 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 경우에도 이를 인정합니다.

③「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제24조([갱신형] 고액치료비암 진단비)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일 이후에「고액치료비암」으로 진단 확정시 최초 1회에 한하여 아래의 진단비를 고액치료비암 진단비로 제25조([갱신형] 암진단비)에서 정한 암진단비에 더하여 수익자에게 지급하여 드립니다. 단, 피보험자가「고액치료비암」이외의 암으로 진단 확정되어 제25조([갱신형] 암진단비)에서 정한 암진단비를 지급받은 이후에「고액치료비암」으로 진단 확정시에는 고액치료비암 진단비만 지급하여 드립니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
고액치료비암 진단비	보험증권(보험가입증서)에 기재된 고액치료비암 진단비 보험가입금액의 50%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 고액치료비암 진단비 보험가입금액의 100%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 고액치료비암 진단비 보험가입금액의 100%

② 제1항에 정한「고액치료비암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병 중「식도의 악성신생물」,「췌장(이자)의 악성신생물」,「뼈 및 관절연골의 악성신생물」,「뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물」,「림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물」(【별표6】「고액치료비암 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

③ 제2항의 질병에서 최초 보험계약 청약일(이하「보험계약 청약일」이라 합니다)부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.

④ 제3항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병이라 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

⑤ 제4항의「보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안」이라 함은 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)일을 제3항의 보험계약 청약일로 하여 제3항 내지 제5항을 적용합니다.

⑦「고액치료비암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「고액치료비암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제25조([갱신형] 암진단비)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양으로 진단 확정시 각각 1회에 한하여 아래의 진단비를 수익자에게 지급하여 드립니다. 단, 피보험자가 아래에서 정한「암」으로 진단확정된 이후에 아래에서 정한「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」,「경계성종양」으로 진단확정시에는 기타피부암진단비, 갑상샘암진단비, 상피내암진단비, 경계성종양진단비는 지급하지 아니합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암진단비	보험증권(보험가입증서)에 기재된 암진단비 보험가입금액의 50%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 암진단비 보험가입금액의 100%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 암진단비 보험가입금액의 100%
기타피부암 진단비 갑상샘암 진단비 상피내암 진단비 경계성종양 진단비	보험증권(보험가입증서)에 기재된 암진단비 보험가입금액의 5%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 암진단비 보험가입금액의 10%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 암진단비 보험가입금액의 10%

② 제1항의「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」 및「경계성종양」에서 최초 보험계약 청약일(이하「보험계약 청약일」이라 합니다)부터 과거 5년 이내에「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」 및「경계성종양」으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 또는 치료를 받은「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」 및「경계성종양」이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」 및「경계성종양」으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

④ 제3항의「보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안」이라

함은 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑤ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.
⑥ 제1항에 정한「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<용 어 풀 이>

1.「암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병(【별표2】「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
2.「기타피부암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3.「갑상샘암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
4.「상피내암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표3】「상피내의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.
5.「경계성종양」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표4】「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

제26조([갱신형] 뇌출혈 진단비)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중 뇌출혈로 진단 확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 아래의 진단비를 뇌출혈 진단비로 수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
뇌출혈 진단비	보험증권(보험가입증서)에 기재된 뇌출혈 진단비 보험가입금액의 50%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 뇌출혈 진단비 보험가입금액의 100%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 뇌출혈 진단비 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 정한「뇌출혈」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표7】「뇌출혈 분류표」에서 정한 질병을 말합니다.

③ 제2항의 질병에서 최초 보험계약 청약일(이하「보험계약 청약일」이라 합니다)부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.

④ 제3항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병이라 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

⑤ 제4항의「보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안」이라 함은 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)일을 제3항의 보험계약 청약일로 하여 제3항 내지 제5항을 적용합니다.

⑦「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT),

뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제27조([갱신형] 급성심근경색증 진단비)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 아래의 진단비를 급성심근경색증 진단비로 수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
급성심근경색증 진단비	보험증권(보험가입증서)에 기재된 급성심근경색증진단비 보험가입금액의 50%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 급성심근경색증진단비 보험가입금액의 100%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 급성심근경색증진단비 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 정한「급성심근경색증」이라 함은 제5차 한국표준질병 사인분류에 있어서【별표8】「급성심근경색증 분류표」에서 정한 질병을 말합니다.

③ 제2항의 질병에서 최초 보험계약 청약일(이하「보험계약 청약일」이라 합니다)부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.

④ 제3항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병이라 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

⑤ 제4항의「보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안」이라 함은 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)일을 제3항의 보험계약 청약일로 하여 제3항 내지 제5항을 적용합니다.

⑦「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제28조(다른 신체상해 또는 질병의 영향)

① 피보험자가 제17조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체상해 또는 질병의 영향으로 또는 제17조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 상해나 질병의 영향으로 제17조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 금액을 결정하여 지급합니다.
② 정당한 이유없이 피보험자가 치료를 게을리하거나 또는 계약자나 수익자가 치료를 하여 주지 않음으로 인하여 제17조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우에도 제1항과 같은 방법으로 합니다.

제29조(보험금의 지급한도)

① 회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 상해후유장해보험금은 제20조(상해후유장해보험금)에 정한 상해후유장해보험금을 한도로 합니다.
② 회사는 하나의 사고로 제19조(상해사망보험금)에서 정한 사망보험금과 제20조(상해후유장해보험금)에서 정한 일반후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다. 그러나, 제20조(상해후유장해보험금)의 상해고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 제19조(상해사망보험금)의 사망보험금은 지급하여 드리지 아니합니다.

제30조(손해의 통지)

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

제31조(보장성 공시이율Ⅰ의 적용 및 공시)

① 이 보험의 적립부분 순보험료(보험료에서 정해진 사업비와 보장보험료를 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 매월 회사가 정한 이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ(이하「보장성 공시이율Ⅰ」이라 합니다)로 합니다. 단, 계약건별로 적용되는 보장성 공시이율Ⅰ은 년계약해당일이 속한 달의 보장성 공시이율Ⅰ로 하여 보험가입시점부터 매 1년간 확정 적용합니다.

<용어풀이>

「공시이율」이라 함은 운용자산이익률과 시중금리 등에 연동하여 일정기간마다 변경되어 공표되는 이율을 말합니다.

② 제1항의「년계약해당일」이라 함은 계약일부터 1년씩 경과되는 매년 계약해당일을 말합니다. 단, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.

③ 제1항의 보장성 공시이율Ⅰ은 회사의 운용자산이익률과 시중금리 등을 고려하여 이 보험의 사업방법서가 정하는 바에 따라 결정합니다.

④ 회사는 제1항 내지 제3항에서 정한 보장성 공시이율Ⅰ을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제32조(만기환급금의 지급)

회사는 계약자가 보험료를 완납하고 보험기간이 끝난 때에는 제33조(해약환급금) 제1항에 준하여 그 때까지 회사가 적립한 금액을 만기환급금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

제33조(해약환급금)

① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계산합니다. 이때 적립부분 순보험료에 대하여 회사는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험료 납입경과기간에 따라 아래의 이율을 적용합니다. 다만, 보험기간 중에 보장성 공시이율Ⅰ이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제31조(보장성 공시이율Ⅰ의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용합니다. 단, 최저보증이율은 연복리 1.5%로 합니다.

경과기간	이율
1년미만	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ × 80%
1년이상 ~ 2년미만	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ × 90%
2년이상	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

<용어풀이>
「최저보증이율」이라 함은 회사의 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

제34조(배당금의 지급)
회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제35조(소멸시효)
보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

<용어풀이>
「소멸시효」라 함은 주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험사고가 발생한 후 2년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못합니다.

제36조(보험금 청구권의 상실)
계약자, 피보험자 또는 수익자가 손해의 통지 또는 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조하거나 변조한 경우에는 피보험자 또는 수익자는 손해에 대한 보험금 청구권을 상실합니다.

제2장 기타보장
제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제37조(계약전 알릴 의무)
계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하「계약전 알릴 의무」라 하며, 상법상「고지의무」와 같습니다) 합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

<용어풀이>

「계약전 알릴 의무」라 함은 상법 제651조에서 정하고 있는 의무로서, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금이 지급되지 않을 수 있습니다.

제38조(계약후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 피보험자가 그 직업, 직무 또는 연령을 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 된 경우에는 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 지불을 게을리 했을 때, 회사는 직업, 직무 또는 연령이 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하「변경전 요율」이라 합니다)의 직업, 직무 또는 연령이 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업, 직무 또는 연령과 관계없는 사고로 발생한 손해에 관해서는 그러하지 아니합니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 직업, 직무 또는 연령의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보상됨을 서면으로 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제39조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제37조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제38조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 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 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한 자(이하「보험설계사 등」이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

③ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반 사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다. 또한 이 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제38조(계약후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보상하여 드립니다.

⑥ 손해가 제1항에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된 때에는 제4항 및 제5항에 관계없이 보상하여 드립니다.

제40조(계약취소권의 행사제한)

회사는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110조(사기, 강박에 의한 의사표시) 중 사기에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여

계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제2장 기타보장
제5관 보험금 지급 등의 절차

제41조(주소변경통지)
① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에서 정한 대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다

제42조(수익자의 지정)
계약자는 수익자를 지정할 수 있으며, 수익자를 지정하지 아니한 때에는 제32조(만기환급금의 지급)의 경우는 계약자로 하고, 제19조(상해사망보험금)의 경우는 피보험자의 상속인으로, 제20조(상해후유장해보험금), 제21조(상해소득보상금), 제22조(질병 고도장해 재활자금), 제23조(중대 화상·부식 진단비), 제24조([갱신형] 고액치료비암 진단비), 제25조([갱신형] 암진단비), 제26조([갱신형] 뇌출혈 진단비) 및 제27조([갱신형] 급성심근경색증 진단비)의 경우는 피보험자로 합니다.

제43조(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 제1항의 대표자로 지정된 계약자 또는 수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우에 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.

제44조(보험금 등 청구시 구비서류)
① 계약자, 피보험자 또는 수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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.

제45조(보험금의 지급)

① 회사는 손해발생 통지 및 제44조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 지급하여 드립니다.

② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유와 지급예정일을 피보험자 또는 수익자에게 서면통지하여 드립니다.

③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자 또는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

④ 회사는 제1항 및 제2항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제39조(알릴 의무 위반의 효과)와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

<용어풀이>

「영업일」이라 함은 “토요일”, “일요일”, “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일” 및 “근로자의 날”을 제외한 날을 의미합니다.

제46조(환급금의 지급)

① 회사는 계약자 및 수익자의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금

을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의 기간은 예정이율+1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
② 회사는 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 수익자에게 알려 드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 환급금에 더하여 지급합니다.
③ 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 수익자에게 알린 경우의 만기환급금 및 해약환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 중 1년이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제47조(보험금을 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 나누어 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급하는 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제48조(계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사(보험관련 업무를 위탁 받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며 이 경우 회사는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제23조(개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

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

제49조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금 지급사유가 발생되어 보험금을 지급하는 날 또는 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출원리금을 차감할 수 있습니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원리금을 차감할 수 있습니다.

제2장 기타보장
제6관 분쟁조정 등

제50조(분쟁의 조정)

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

제51조(관할법원)

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

제52조(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.

제53조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)

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

제54조(회사의 손해배상책임)
회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여 관계법규 및 사업방법서에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제55조(예금보험기금에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

제56조(준거법)
이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험 (0911) 실손의료비 플랜 특별약관

1. 이륜자동차 운전 및 탑승 중 상해 부담보 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 이 특별약관의 효력발생일은 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 실손의료비 플랜 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1장 [갱신형] 실손의료비 제16조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 및 제2장 기타보장 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어 집니다.

④ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인 것과 배기량 125씨씨이하로서 3륜이상인 자동차를 포함합니다)]와 배기량이 50씨씨미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트 미만)인 이륜자동차를 말합니다.

③ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자

동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))
회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

2. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료납입)
① 계약자는 제2회 이후의 보험료부터 이 특별약관에 따라 보험계약자의 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입하거나 급여이체를 통하여 납입합니다.
② 제1회 보험료의 납입방법을 보험계약자의 지정 금융기관 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 지정 금융기관의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 실손의료비 플랜 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1장 [갱신형] 실손의료비 제5조(계약의 성립) 및 제2장 기타보장 제1조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)
자동납입일자 또는 급여이체일자는 이 청약서에 기재된 보험료 납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약후 알릴 의무)
계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

3. 신용카드이용 보험료납입 특별약관

제1조(적용범위)
이 특별약관은 신용카드회사(이하「카드회사」라 합니다)의 카드회원을 계약자로 하여 초회보험료를 납입하는 경우나 카드회사의 카드회원인 계약자가 회사와 보험대리점계약을 체결한 신용카드 법인대리점을 통하여 보험료를 자동납입하는 경우에 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)
회사는 이 특별약관에 따라 보험계약자가 정해진 신용카드로써 보험료를 결제하기 위하여 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 보험료의 영수시점으로 봅니다.(다만, 계약자의 귀책사유로 카드승인이 불가능한 경우에는 실제 카드회사의 승인을 받은 날을 보험료의 영수시점으로 봅니다)

제3조(사고카드 계약)
① 계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 보장개시일부터 그 효력을 상실합니다.
② 제1항의 사고카드라 함은 유효기간이 지난 카드, 위조·변조된 카드, 무효 또는 거래정지 통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 실손의료비 플랜 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4. 전자거래특별약관

제1조(적용범위)
회사는 이 특별약관에 따라 컴퓨터를 이용하여 보험을 거래할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(이하「사이버몰」이라 합니다)을 이용하여 보험계약이 체결되는 경우에 적용합니다.

제2조(계약자 보관용 청약서 및 보험약관의 교부)

① 회사는 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 실손의료비 플랜 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1장 [갱신형] 실손의료비 제40조(약관교부 및 설명의무 등) 및 제2장 기타보장 제3조(약관교부 및 설명의무 등) 제1항에도 불구하고 컴퓨터를 이용하여 사이버몰에 게시된 청약서, 보험약관 전부 및 보험약관의 중요내용에 모두 동의한 경우에는 청약서 및 보험약관 교부와 보험약관 중요내용을 알려드린 것으로 간주합니다.

② 회사가 제1항을 위반한 때에는 계약자는 계약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료에 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더하여드립니다.

제3조(전자서명의 효력)

회사는 보통약관 제1장 [갱신형] 실손의료비 제40조(약관교부 및 설명의무 등) 제3항 및 제2장 기타보장 제3조(약관교부 및 설명의무 등) 제2항에도 불구하고 사이버몰에서 계약의 청약과 관련하여 계약자 등이 청약서에 전자거래기본법 제11조 또는 전자서명법 제3조에 기초한 전자서명을 한 경우 그 전자서명을 계약자 등이 직접 서명날인(도장을 찍음)한 것으로 봅니다.

제4조(보험료의 납입)

① 이 특별약관에 의한 보험료의 납입은 은행(우체국을 포함합니다)을 이용한 자동납입이나 신용카드회사의 신용카드(이하「신용카드」라 합니다)를 이용한 납입에 한합니다.

② 자동납입의 경우에는 자동이체신청을 받은 날을, 신용카드를 이용한 납입의 경우에는 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 보험료의 영수시점으로 봅니다. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 실제보험료가 이체된 날과 카드회사의 승인을 받은 날을 보험료의 영수시점으로 봅니다.

③ 보험계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

④ 보험계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 보험자의 보장개시일부터 그 효력을 상실합니다.

⑤ 제4항의 사고카드라 함은 유효기간이 지난 카드, 위조 변조된 카드, 무효 또는 거래정지 통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

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

5. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)
이 특별약관(이하「특약」이라 합니다)은 보험계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 모두 동일한 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 실손의료비 플랜 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 및 특별약관에 적용됩니다.(이하 「보험계약자」는「계약자」,「피보험자(보험대상자)」는「피보험자」,「보험수익자(보험금을 받는 자)」는「수익자」라 합니다)

제2조(특약의 체결 및 소멸)
① 이 특약은 계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 부가되어 집니다.(이하「보험회사」는「회사」라 합니다)
② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 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(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 수익자가 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 수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 수익자의 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(장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자의 인감증명서
5. 피보험자 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.

무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험
(0911) 진단비 플랜 보통약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조(보험계약의 성립)

① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다. (이하「보험계약」은「계약」,「보험계약자」는「계약자」,「보험회사」는「회사」라 합니다)

② 회사는 피보험자(보험대상자, 이하「피보험자」라 합니다)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)를 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 보장부분 예정이율(이하「예정이율」이라 합니다)+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 승낙을 거절한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

<예정이율>

회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립해 두는데 보험료 납입시점과 보험금 지급시점에는 시차가 발생하게 됩니다. 이 기간동안 회사는 적립된 금액을 운용할 수 있으므로 운용에 따라 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인율을 “예정이율”이라고 합니다. 일반적으로, 예정이율이 높아지면 보험료는 낮아지고, 예정이율이 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

제2조(청약의 철회)

① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수

한 날부터 3일 이내에 그 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 보험의 보험계약대출이율(이하「보험계약대출이율」이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 청약을 철회한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제3조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 계약자의 요청이 있을 경우에는 전자거래기본법 제2조 제1호에서 정한 전자문서(이하「전자문서」라 합니다)를 이용하여 약관을 드릴 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 전자거래기본법 제2조 제5호에 의해 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 계약자 보관용 청약서를 드리지 아니할 수 있습니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약전 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.

③ 회사가 제1항 또는 제2항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자(보험금 또는 환급금을 받는 자, 이하「수익자」라 합니다)가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한

보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제4조(계약의 무효)

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.

② 제26조([갱신형] 암 입원일당)의 경우, 피보험자가 계약일부터 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우 제26조([갱신형] 암 입원일당)은 무효로 하며, 이미 납입한 제26조([갱신형] 암 입원일당)의 해당 보장보험료를 돌려드립니다.

③ 제28조([갱신형] 고액치료비암 진단비)의 경우, 피보험자가 계약일부터 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일의 전일 이전에 고액치료비암으로 진단확정되어 있는 경우 제28조([갱신형] 고액치료비암 진단비)는 무효로 하며, 이미 납입한 제28조([갱신형] 고액치료비암 진단비)의 해당 보장보험료를 돌려드립니다.

④ 제29조([갱신형] 암진단비)의 경우, 피보험자가 계약일부터 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우 제29조([갱신형] 암진단비)는 무효로 하며, 이미 납입한 제29조([갱신형] 암진단비)의 해당 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(계약내용의 변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 보험가입금액
5. 계약자, 피보험자, 수익자
6. 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제1항 제1호의 규정에 의하여 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
③ 회사는 계약자가 제1항 제4호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제40조(해약환급금)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
④ 계약자가 제1항 제5호 중 사망보험금 수익자를 변경하고자 할 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.
⑤ 계약자가 제1항 제5호 중 피보험자를 변경할 수 있는 경우는 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 이 보험에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하거나 파산, 이민, 또는 이혼 등 불가피한 사유로 계약을 유지시킬 수 없는 경우
2. 계약자가 그와 고용관계에 있는 피보험자를 해고 또는 교체한 경우

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

제6조(계약자의 임의해지)
계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

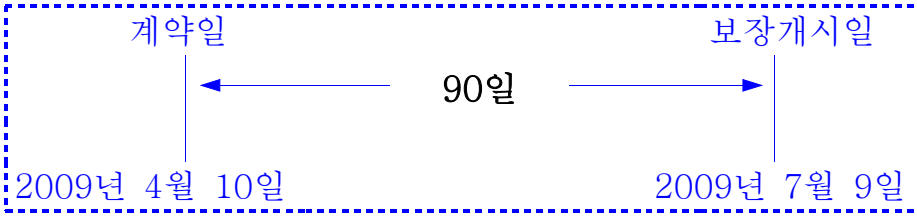
제7조(손해보상 후의 계약)
① 한 번의 사고에 대하여 지급한 제20조(상해후유장해보험금)의 상해후유장해보험금이 상해후유장해 보험가입금액의 80%미만인 경우에는 남은 보험기간에 대한 이 계약의 상해후유장해보험가입금액은 감액되지 아니하며, 제19조(상해사망보험금)에서 정한 사망보험금 또는 제20조(상해후유장해보험금)의 제1항에서 정한 고도후유장해보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 계약은 소멸됩니다.
② 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산한 적립부분 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
③ 제17조(보상하는 손해)에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법

서"에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다. 다만, 제5조(계약내용의 변경) 제5항에 따라 피보험자를 변경하는 경우에는 그러하지 아니합니다.
④ 제3항의 규정에도 불구하고 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제18조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.
⑤ 제21조(상해소득보상금)에서 정한 상해소득보상금, 제22조(질병 고도장해 재활자금)에서 정한 질병 고도장해 재활자금, 제23조(중대 화상·부식 진단비)에서 정한 중대 화상·부식 진단비, 제28조([갱신형] 고액치료비암 진단비)에서 정한 고액치료비암 진단비, 제29조([갱신형] 암진단비)에서 정한 암진단비(단, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양 진단비 제외), 제30조([갱신형] 뇌출혈 진단비)에서 정한 뇌출혈 진단비, 제31조([갱신형] 급성심근경색증 진단비)에서 정한 급성심근경색증 진단비, 제32조([갱신형] 만성당뇨합병증 진단비)에서 정한 만성당뇨합병증 진단비, 제33조([갱신형] 조혈모세포이식 수술비)에서 정한 조혈모세포이식 수술비 및 제34조([갱신형] 5대장기이식 수술비)에서 정한 5대장기이식 수술비를 지급받은 경우 각각의 손해 보상의 원인이 생긴 때부터 계약자는 차회이후 각각의 해당 보장보험료를 납입하지 아니합니다.

제8조(회사의 보장의 시기 및 종기)

① 회사의 보장은 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하며 마지막날 오후 4시에 끝납니다. 이 경우 시각은 보험증권(보험가입증서) 발행지의 표준시에 따릅니다.
② 제1항에도 불구하고, 제26조([갱신형] 암 입원일당)의 암(기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양은 제외), 제28조([갱신형] 고액치료비암 진단비)의 고액치료비암 및 제29조([갱신형] 암진단비)의 암(기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양은 제외)에 대한 보장개시일은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며, 제26조([갱신형] 암 입원일당)의 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양 및 제29조([갱신형] 암진단비)의 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.(이하「암에 대한 보장개시일」이라 합니다) 이 경우 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 다만, 제9조(갱신형 보장의 갱신 및 보험기간)에서 정한 갱신계약의 경우에는 갱신일을 암에 대한 보장개시일로 합니다.

<암 및 고액치료비암의 보장개시일 계산 예시>



* 단, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 규정에도 불구하고 회사는 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 손해에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

④ 회사가 계약자로부터 계약의 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에 그 청약을 승낙하기 전에 계약에서 정한 보험사고가 생긴 때에는 회사는 계약상의 보장을 합니다.

⑤ 제4항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제1항에서 정한 보장의 시기가 개시되지 아니한 경우
2. 제44조(계약전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
3. 제46조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

⑤ 제2항의 보험료는 제17조(보상하는 손해)의 손해를 보상하는데 필요한 보험료(이하「보장보험료」라 합니다)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하「적립보험료」라 합니다)로 구성됩니다.(이하「보장보험료」와「적립보험료」를 합하여「보험료」라 합니다)

제9조(갱신형 보장의 갱신 및 보험기간)

① 회사는 다음 각호의 조건을 충족하고, 갱신형 보장의 보험기간(이하「갱신보험기간」이라 합니다)이 만료되는 날부터 15일 전까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 갱신형 보장은 동일한 보장내용으로, 자동으로 갱신(이하「갱신계약」이라 합니다)되는 것으로 합니다.

1. 갱신보험기간의 만기일이 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 기간내 일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 범위내 일 것
3. 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해

지)에 정한 납입최고(독촉)기간내에 갱신형 보장의 갱신전 계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

② 갱신형 보장의 갱신보험기간은 3년으로 하며, 다만, 제26조([갱신형] 암 입원일당), 제28조([갱신형] 고액치료비암 진단비), 제29조([갱신형] 암진단비), 제30조([갱신형] 뇌출혈 진단비), 제31조([갱신형] 급성심근경색증 진단비), 제32조([갱신형] 만성당뇨합병증 진단비), 제33조([갱신형] 조혈모세포이식 수술비) 및 제34조([갱신형] 5대장기이식 수술비)의 경우는 78세 이후에 최초로 도래하는 갱신보험기간은 보험나이 80세 계약해당일 까지로 하고, 제24조([갱신형] 상해 입원일당(1일이상)) 및 제25조([갱신형] 질병 입원일당(1일이상))의 경우 98세 이후에 최초로 도래하는 갱신보험기간은 보험나이 100세 계약해당일 까지로 합니다.

③ 제1항 및 제2항의 갱신형 보장이라 함은 제24조([갱신형] 상해 입원일당(1일이상)), 제25조([갱신형] 질병 입원일당(1일이상)), 제26조([갱신형] 암 입원일당), 제28조([갱신형] 고액치료비암 진단비), 제29조([갱신형] 암진단비), 제30조([갱신형] 뇌출혈 진단비), 제31조([갱신형] 급성심근경색증 진단비), 제32조([갱신형] 만성당뇨합병증 진단비), 제33조([갱신형] 조혈모세포이식 수술비) 및 제34조([갱신형] 5대장기이식 수술비)을 말합니다.

제10조(자동갱신시 제도 및 보험료 적용)

① 갱신계약의 약관은 갱신전 계약의 약관을 적용하고, 갱신계약의 보험요율에 관한 제도 또는 보험료(이하「보험요율 제도 또는 보험료」라 합니다)는 갱신일 현재의 보험요율 제도 또는 보험료를 적용합니다. 단, 법령의 개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 약관변경에 따라 약관이 개정된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다.

② 제1항의 경우 회사는 갱신형 보장의 갱신보험기간이 만료되는 날부터 15일전까지 그 내용을 계약자에게 서면으로 통지합니다.

제11조(갱신일 이후 부활(효력회복) 청약시 연체보험료의 적용)

제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)) 제1항에서 정한 연체보험료는 갱신일 이전 기간에 납입되지 않은 보험료를 포함하여, 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 보험료를 말합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제12조(보험나이의 계산)

① 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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

< 보험나이 계산 예시 >

생년월일 : 1988년 10월 2일

계약일 : 2009년 4월 13일

⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일

= 20년 6월 11일 = 21세

제13조(보험료의 납입)

① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 이 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융기관(우체국 포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융기관 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 보험기간 중에 소멸 또는 변경되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 예정이율로 계산한 금액을 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

제14조(보험료의 자동대출납입)

① 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 계약자가 보험료의 자동대출을 서면신청한 경우 제56조(보험계약대출)에 의한 보험계약대출로 보험료가 자동적으로 대출되어 계약이 유효하게 지속됩니다.

② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율로 계산)를 더한 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 따라 보험계약대출로 자동납입되는 보험료는 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 계약자의 서면에 의한 재신청이 있어야 합니다.
④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해약을 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 그 청구에 따라 처리합니다.

<용어풀이>

「보험계약대출이율」이라 함은 해당 보험상품의 약관에 따라 계약자가 대출을 받을 경우, 회사가 정하는 대출이율이며, 이 보험의 보험계약대출이율이 변경되는 경우, 변경된 시점부터 변경된 이율을 적용합니다.

제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고하고 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 수금방법이 회사의 방문수금 또는 계약자의 은행 수납방법으로 약정되어 있는 경우에 회사가 방문수금을 이행하지 않은 경우 또는 납입통지서(지로 등)를 드리지 않은 경우로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 수금하기로 하거나 납입통지서(지로 등)를 다시 드리기로 한 경우에는 그 수금한 날 또는 다시 드린 날부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 합니다.
③ 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 수익자 포함)에게 납입최고(독촉)기간 안에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원리금을 차감할 수 있다는 내용을 포함합니다)을 납입최고(독촉)

기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
④ 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 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대하여 예정이율 + 1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.
② 계약의 부활(효력회복)에 관하여는 제1조(보험계약의 성립), 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기), 제44조(계약전 알릴 의무) 및 제46조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제17조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「사고」라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입었을 때에는 그 상해 또는 질병으로 인하여 생긴 손해(이하「손해」라 합니다)를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.
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 포함되지 아니합니다.

제18조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 제19조(상해사망보험금), 제20조(상해후유장해보험금), 제21조(상해소득보상금) 및 제23조(중대 화상·부식 진단비)의 보험금을 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 피보험자의 고의
2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부를 받는

수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
5. 피보험자의 질병
6. 피보험자의 심신상실 또는 정신질환
7. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나, 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
8. 피보험자의 사형
9. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
11. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
12. 제11호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

③ 회사는 아래의 경우는 제22조(질병 고도장해 재활자금)의 보험금을 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 피보험자의 선천적기형, 선천적질환, 정신질환 및 이에 근거한 상병

④ 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 제24조([갱신형] 상해 입원일당(1일이상))의 보험금을 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 제1항에서 정한 사항
2. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주 또는 무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

⑤ 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 제25조([갱신형] 질병 입원일당(1일이상))의 보험금을 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 제1항 제9호 내지 제12호에서 정한 사항
2. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위
3. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술. 그러나 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
5. 성병
6. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
7. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
8. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
9. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
10. 정상분만, 치과질환

⑥ 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 제34조([갱신형] 5대장기이식 수술비)의 보험금을 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 제1항 제1호 내지 제4호 및 제9호 내지 제12호에서 정한 사항
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술. 그러나 회사가 부담하는 상해나 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑦ 회사는 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인해 제24조([갱신형] 상해 입원일당(1일이상))의 보험금 지급사유가 발생한 때에도 제2항을 적용합니다.

⑧ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 제19조(상해사망보험금), 제20조(상해후유장해보험금), 제21조(상해소득보상금), 제23조(중대 화상·부식 진단비), 제24조([갱신형] 상해 입원일당(1일이상)) 및 제34조([갱신형] 5대장기이식 수술비)의 보험금을 보상하여 드리지 아니합니다.

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
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

제19조(상해사망보험금)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일부터 2년 이내에 사망하였을 때에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 상해사망 보험가입금액(이하「상해사망 보험가입금액」이라 합니다)을 사망보험금으로 수익자에게 지급합니다.

② 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제20조(상해후유장해보험금)

① **고도후유장해보험금** : 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 2년 이내에 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하「후유장해」라 합니다)되어 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해(이하「고도후유장해」라 합니다)가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 상해후유장해 보험가입금액(이하「상해후유장해 보험가입금액」이라 합니다)을 고도후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.

② **일반후유장해보험금** : 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 2년 이내에 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 장해분류표에서 정한 지급률이 80%미만에 해당하는 후유장해(이하「일반후유장해」라 합니다)가 남았을 경우에는 상해후유장해 보험가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.
④ 제1항 내지 제3항의 상해후유장해보험금 지급을 위한 장해분류표에서 정한 지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 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 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 상해후유장해보험금을 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 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 상해후유장해보험금을 지급받은 동

일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 이미 지급받은 상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 상해후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 위 1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 상해후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

제21조(상해소득보상금)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 2년 이내에 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해(이하「50%이상 후유장해」라 합니다)가 남았을 경우에는 아래에 정한 금액을 상해소득보상금(이하「상해소득보상금」라 합니다)으로 수익자에게 최초 1회에 한하여 확정 지급합니다.

구분	50% 이상 80% 미만 후유장해시	80%이상 후유장해시
상해 소득보상금	5년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재된 상해소득보상금 보험가입금액의 100% 지급	5년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재된 상해소득보상금 보험가입금액의 200% 지급

② 제1항의 상해소득보상금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고

일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해 지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

④ 같은 사고로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제4항에도 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.

⑥ 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제4항을 적용합니다.

⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 상해소득보상금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 상해소득보상금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 상해소득보상금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 상해소득보상금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 상해소득보상금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 상해소득보상금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 상해소득보상금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 위1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 상해소득보상금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 상해소득보상금이

지급되지 않았던 후유장해

⑨ 제1항의 상해소득보상금은 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 지급하여 드리며, 수익자가 일시금으로 지급받고자 요청한 때에는 회사는 이 보험의 예정이율을 반영하여 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제22조(질병 고도장해 재활자금)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 질병을 직접적인 원인으로 아래의 어느 하나에 해당된 때에는 최초 1회에 한하여 5년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재된 질병 고도장해 재활자금 보험가입금액을 질병 고도장해 재활자금으로 수익자에게 확정 지급합니다.

1. 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실되어【별표12】(질병 고도장해 판정기준)에서 정한 장해상태(이하「질병 고도장해」라 합니다)가 되었을 때
2. 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정신지체장애, 신장장애, 심장장애 중 하나 이상의 장애가 발생하고 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조에서 정한 1급 또는 2급의 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 정신지체장애인, 신장장애인, 심장장애인을 말합니다)이 되었을 때

② 제1항의 질병에서 보험계약 청약일부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병이라 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

④ 제3항의「보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안」이라 함은 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.

⑥ 제1항 제1호에서 정한 질병 고도장해라 함은【별표12】(질병 고도장해 판정기준)의 1.에서 정한 장해상태가 되었을 경우

및【별표12】(질병 고도장해 판정기준)의 2. ~ 11.에서 정한 장해상태에 해당되어 그 상태가 영구히 지속된다는 의사의 진단확정을 받았을 경우를 말하며, 이 경우 의사의 진단확정은 장해상태의 원인이 되는 질병의 최초 진단일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후로 합니다. 단, 신장장해의 경우 1개월 이상 지속적으로 혈액투석 또는 복막투석치료를 받고 있는 경우를 말합니다.
⑦ 회사는 피보험자의 장해상태가 확정되지 않은 상태에서 이 보장의 보험기간이 종료된 경우에는 장해상태의 원인이 되는 질병의 최초 진단일부터 180일이 지난 날의 의사진단에 기초하여 장해상태를 결정합니다.
⑧ 제1항의 질병 고도장해 재활자금은 매년 보험금 지급사유 발생 해당일에 지급하여 드리며, 수익자가 일시금으로 지급받고자 요청한 때에는 회사는 예정이율을 반영하여 할인한 금액을 지급합니다.

제23조(중대 화상·부식 진단비)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」으로 진단확정된 경우 보험증권(보험가입증서)에 기재된 중대 화상·부식 진단비 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중대 화상·부식 진단비로 수익자에게 지급하여 드립니다.
② 제1항의「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」이라 함은 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 경우를 말합니다. 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 신체 표면적은 "9의 법칙(The Rule of 9's)" 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder Chart)"에 의해 측정되어 진 것을 말하며, "9의 법칙" 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트" 측정법과 같이 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 경우에도 이를 인정합니다.
③「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한

의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제24조([갱신형] 상해 입원일당(1일이상))

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일에 대하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 상해 입원일당(1일이상) 보험가입금액을 상해 입원일당(1일이상)으로 수익자에게 지급합니다. 다만, 사고일부터 180일 이내의 입원에 한합니다.

② 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일이후 입원하여 치료를 받던 중 이 보장의 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해 입원일당(1일이상)을 계속 보상하여 드립니다.

④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

⑤ 제1항에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제25조([갱신형] 질병 입원일당(1일이상))

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 질병으로 인하여 병원 또는

의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 때에는 입원 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 질병 입원일당(1일이상) 보험가입금액을 질병 입원일당(1일이상)으로 수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 질병에서 최초 보험계약 청약일(이하「보험계약 청약일」이라 합니다)부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.
③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병이라 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.
④ 제3항의「보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안」이라 함은 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑤ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.
⑥ 제1항의 질병 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
⑦ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
⑧ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 보장의 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제6항의 규정에 따라 질병 입원일당(1일이상)을 계속 보상하여 드립니다.
⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.
⑩ 제1항에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의

의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제26조([갱신형] 암 입원일당)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다)하여 제27조(암입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 아래에 정한 금액을 암 입원일당으로 제25조([갱신형] 질병 입원일당(1일이상))에서 정한 질병 입원일당(1일이상)에 더하여 수익자에게 지급합니다.

구 분	암 입원일당
암으로 4일이상 계속입원시	4일째 입원일부터 1일당 암 입원일당 보험가입금액의 100%
기타피부암으로 4일이상 계속입원시 갑상샘암으로 4일이상 계속입원시 상피내암으로 4일이상 계속입원시 경계성종양으로 4일이상 계속입원시	4일째 입원일부터 1일당 암 입원일당 보험가입금액의 20%

② 제1항의「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」에서 최초 보험계약 청약일(이하「보험계약 청약일」이라 합니다)부터 과거 5년 이내에「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 또는 치료를 받은「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

④ 제3항의「보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안」이라 함은 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회

복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.

⑥ 제1항에 정한「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<용 어 풀 이>

1.「암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병(【별표2】「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2.「기타피부암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

3.「갑상샘암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

4.「상피내암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표3】「상피내의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

5.「경계성종양」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표4】「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

⑦ 암 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

⑧ 제1항의 경우 피보험자가 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」의 치료를 직접목적으로

2회 이상 입원을 한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제7항의 규정을 적용합니다. 그러나, 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」에 대한 입원이라도 암 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다.
⑨ 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 보장의 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 제7항의 규정에 따라 암 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
⑩ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제27조(암입원의 정의와 장소)

① 제26조([갱신형] 암 입원일당)에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 제26조([갱신형] 암 입원일당)에서「암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 및 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며,「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」으로 진단된 경우에는 이는 암의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
③ 제26조([갱신형] 암 입원일당)에서「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한「암」,「기타피부암」,

「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」에 대한 입원이라도 암 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주하며, 보장이 자동갱신되는 경우에도 동일하게 적용합니다.

제28조([갱신형] 고액치료비암 진단비)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일 이후에「고액치료비암」으로 진단 확정시 최초 1회에 한하여 아래의 진단비를 고액치료비암 진단비로 제29조([갱신형] 암진단비)에서 정한 암진단비에 더하여 수익자에게 지급하여 드립니다. 단, 피보험자가「고액치료비암」이외의 암으로 진단 확정되어 제29조([갱신형] 암진단비)에서 정한 암진단비를 지급받은 이후에「고액치료비암」으로 진단 확정시에는 고액치료비암 진단비만 지급하여 드립니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
고액치료비암 진단비	보험증권(보험가입증서)에 기재된 고액치료비암 진단비 보험가입금액의 50%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 고액치료비암 진단비 보험가입금액의 100%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 고액치료비암 진단비 보험가입금액의 100%

② 제1항에 정한「고액치료비암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병 중「식도의 악성신생물」,「췌장(이자)의 악성신생물」,「뼈 및 관절연골의 악성신생물」,「뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물」,「림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물」(【별표6】「고액치료비암 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

③ 제2항의 질병에서 최초 보험계약 청약일(이하「보험계약 청약일」이라 합니다)부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.

④ 제3항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 또는 치

료를 받은 질병이라 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.
⑤ 제4항의「보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안」이라 함은 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑥ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)일을 제3항의 보험계약 청약일로 하여 제3항 내지 제5항을 적용합니다.
⑦「고액치료비암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「고액치료비암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제29조([갱신형] 암진단비)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양으로 진단 확정시 각각 1회에 한하여 아래의 진단비를 수익자에게 지급하여 드립니다. 단, 피보험자가 아래에서 정한「암」으로 진단확정된 이후에 아래에서 정한「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」,「경계성종양」으로 진단확정시에는 기타피부암진단비, 갑상샘암진단비, 상피내암진단비, 경계성종양진단비는 지급하지 아니합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암진단비	보험증권(보험가입증서)에 기재된 암진단비 보험가입금액의 50%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 암진단비 보험가입금액의 100%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 암진단비 보험가입금액의 100%
기타피부암 진단비 갑상샘암 진단비 상피내암 진단비 경계성종양 진단비	보험증권(보험가입증서)에 기재된 암진단비 보험가입금액의 5%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 암진단비 보험가입금액의 10%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 암진단비 보험가입금액의 10%

② 제1항의「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」 및「경계성종양」에서 최초 보험계약 청약일(이하「보험계약 청약일」이라 합니다)부터 과거 5년 이내에「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 또는 치료를 받은「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

④ 제3항의「보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안」이라 함은 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.

⑥ 제1항에 정한「암」,「기타피부암」,「갑상샘암」,「상피내암」및「경계성종양」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상

샘암」,「상피내암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<용 어 풀 이>

1.「암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병(【별표2】「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
2.「기타피부암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3.「갑상샘암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
4.「상피내암」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표3】「상피내의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.
5.「경계성종양」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표4】「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

제30조([갱신형] 뇌출혈 진단비)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중 뇌출혈로 진단 확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 아래의 진단비를 뇌출혈 진단비로 수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
뇌출혈 진단비	보험증권(보험가입증서)에 기재된 뇌출혈 진단비 보험가입금액의 50%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 뇌출혈 진단비 보험가입금액의 100%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 뇌출혈 진단비 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 정한「뇌출혈」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표7】「뇌출혈 분류표」에서 정한 질병을 말합니다.

③ 제2항의 질병에서 최초 보험계약 청약일(이하「보험계약 청약일」이라 합니다)부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.

④ 제3항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병이라 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

⑤ 제4항의「보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안」이라 함은 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)일을 제3항의 보험계약 청약일로 하여 제3항 내지 제5항을 적용합니다.

⑦「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제31조([갱신형] 급성심근경색증 진단비)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 아래의 진단비를 급성심근경색증 진단비로 수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
급성심근경색증 진단비	보험증권(보험가입증서)에 기재된 급성심근경색증진단비 보험가입금액의 50%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 급성심근경색증진단비 보험가입금액의 100%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 급성심근경색증진단비 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 정한「급성심근경색증」이라 함은 제5차 한국표준질병 사인분류에 있어서【별표8】「급성심근경색증 분류표」에서 정한 질병을 말합니다.

③ 제2항의 질병에서 최초 보험계약 청약일(이하「보험계약 청약일」이라 합니다)부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.

④ 제3항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병이라 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

⑤ 제4항의「보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안」이라 함은 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)일을 제3항의 보험계약 청약일로 하여 제3항 내지 제5항을 적용합니다.

⑦「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방

법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제32조([갱신형] 만성당뇨합병증 진단비)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 만성당뇨합병증으로 진단확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을「만성당뇨합병증 진단비」로 수익자에게 지급합니다.

구 분	만성당뇨합병증 진단비	
	최초계약	갱신계약
가입후 1년미만	보험증권(보험가입증서)에 기재된 만성당뇨합병증 진단비 보험가입금액의 50%	보험증권(보험가입증서)에 기재된 만성당뇨합병증 진단비 보험가입금액의 100%
가입후 1년이상	보험증권(보험가입증서)에 기재된 만성당뇨합병증 진단비 보험가입금액의 100%	

② 제1항의「만성당뇨합병증」에서 최초 보험계약 청약일(이하「보험계약 청약일」이라 합니다)부터 과거 5년 이내에「만성당뇨합병증」으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 또는 치료를 받은「만성당뇨합병증」이라 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안「만성당뇨합병증」으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

④ 제3항의「보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안」이라 함은 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.

⑥ 제1항에서 정한「만성당뇨합병증」이라 함은 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표13】(만성당뇨합병증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

⑦ 만성당뇨합병증의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규

정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 반드시 피보험자가 당뇨병의 병력과 함께 다음과 같은 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다.

1. 당뇨병성 망막증 : 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조영술을 시행하여 망막 출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
2. 당뇨병성 신증 : 소변검사상 단백뇨가 생길 수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백이 500mg이상 검출된 경우(단백뇨군으로 분류), 혈청 크레아틴치가 1.5mg/dl이상인 경우(당뇨로 인한 신부전증으로 분류)
3. 당뇨병성 신경병증 : 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing 방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우
4. 당뇨병성 말초순환장애 : 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

제33조([갱신형] 조혈모세포이식 수술비)

① 회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 질병으로 인하여「조혈모세포이식수술」을 받았을 때에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 조혈모세포이식 수술비 보험가입금액을 최초 1회에 한하여「조혈모세포이식 수술비」로 수익자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 질병에서 최초 보험계약 청약일(이하「보험계약 청약일」이라 합니다)부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병이라 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

④ 제3항의「보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안」이라 함은 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회

복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.

⑥ 제1항의 조혈모세포이식이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. 「동종(allogenic)골수조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. 「동종(allogenic)말초조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. 「자가(autologous)골수조혈모세포이식」이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. 「자가(autologous)말초조혈모세포이식」이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. 「제대혈조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

제34조([갱신형] 5대장기이식 수술비)

① 회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하 「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 입은 상해 또는 질병으로 인하여 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받았을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 5대장기이식 수술비 보험가입금액을 5대장기이식 수술비로 수익자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 질병에서 최초 보험계약 청약일(이하 「보험계약 청

약일」이라 합니다)부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외합니다.
③ 제2항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병이라 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.
④ 제3항의「보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안」이라 함은 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑤ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제2항 내지 제4항을 적용합니다.
⑥ 제1항에서 5대장기라 함은 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐장을 말하며, 5대장기이식수술이라 함은 "장기 등 이식에 관한 법률"에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포이식수술은 보장에서 제외합니다.
⑦ 제6항의「5대장기이식수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 5대장기이식이 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 “장기 등 이식에 관한 법률” 제21조(장기이식의료기관)에 정한 장기이식의료기관에서 의사의 관리 하에 5대장기이식을 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) Block(신경의 차단)은 제외합니다.

제35조(다른 신체상해 또는 질병의 영향)

① 피보험자가 제17조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체상해 또는 질병의 영향으로 또는 제17조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 상해나 질병의 영향으로 제17조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 금액을 결정하여 지급합니다.
② 정당한 이유없이 피보험자가 치료를 게을리하거나 또는 계

약자나 수익자가 치료를 하여 주지 않음으로 인하여 제17조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우에도 제1항과 같은 방법으로 합니다.

제36조(보험금의 지급한도)

① 회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 상해후유장해보험금은 제20조(상해후유장해보험금)에 정한 상해후유장해보험금을 한도로 합니다.

② 회사는 하나의 사고로 제19조(상해사망보험금)에서 정한 사망보험금과 제20조(상해후유장해보험금)에서 정한 일반후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다. 그러나, 제20조(상해후유장해보험금)의 상해고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 제19조(상해사망보험금)의 사망보험금은 지급하여 드리지 아니합니다.

제37조(손해의 통지)

① 계약자, 피보험자 또는 수익자는 사고가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

② 계약자, 피보험자 또는 수익자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제38조(보장성 공시이율Ⅰ의 적용 및 공시)

① 이 보험의 적립부분 순보험료(보험료에서 정해진 사업비와 보장보험료를 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 매월 회사가 정한 이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ(이하「보장성 공시이율Ⅰ」이라 합니다)로 합니다. 단, 계약건별로 적용되는 보장성 공시이율Ⅰ은 년계약해당일이 속한 달의 보장성 공시이율Ⅰ로 하여 보험가입시점부터 매 1년간 확정 적용합니다.

<용어풀이>

「공시이율」이라 함은 운용자산이익률과 시중금리 등에 연동하여 일정기간마다 변경되어 공표되는 이율을 말합니다.

② 제1항의「년계약해당일」이라 함은 계약일부터 1년씩 경과되는 매년 계약해당일을 말합니다. 단, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.

③ 제1항의 보장성 공시이율Ⅰ은 회사의 운용자산이익률과 시중금리 등을 고려하여 이 보험의 사업방법서가 정하는 바에 따라 결정합니다.

④ 회사는 제1항 내지 제3항에서 정한 보장성 공시이율Ⅰ을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제39조(만기환급금의 지급)

회사는 계약자가 보험료를 완납하고 보험기간이 끝난 때에는 제40조(해약환급금) 제1항에 준하여 그 때까지 회사가 적립한 금액을 만기환급금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

제40조(해약환급금)

① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계산합니다. 이때 적립부분 순보험료에 대하여 회사는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험료 납입경과기간에 따라 아래의 이율을 적용합니다. 다만, 보험기간 중에 보장성 공시이율Ⅰ이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제38조(보장성 공시이율Ⅰ의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용합니다. 단, 최저보증이율은 연복리 1.5%로 합니다.

경과기간	이율
1년미만	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ × 80%
1년이상 ~ 2년미만	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ × 90%
2년이상	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

<용어풀이>

「최저보증이율」이라 함은 회사의 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

제41조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제42조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

<용어풀이>
「소멸시효」라 함은 주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험사고가 발생한 후 2년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못합니다.

제43조(보험금 청구권의 상실)
계약자, 피보험자 또는 수익자가 손해의 통지 또는 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조하거나 변조한 경우에는 피보험자 또는 수익자는 손해에 대한 보험금 청구권을 상실합니다.

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제44조(계약전 알릴 의무)
계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하「계약전 알릴 의무」라 하며, 상법상「고지의무」와 같습니다) 합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

<용어풀이>
「계약전 알릴 의무」라 함은 상법 제651조에서 정하고 있는 의무로서, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금이 지급되지 않을 수 있습니다.

제45조(계약후 알릴 의무)
① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 피보험자가 그 직업, 직무 또는 연령을 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 된 경우에는 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 청

구에 대해 계약자가 그 지불을 게을리 했을 때, 회사는 직업, 직무 또는 연령이 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하「변경전 요율」이라 합니다)의 직업, 직무 또는 연령이 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업, 직무 또는 연령과 관계없는 사고로 발생한 손해에 관해서는 그러하지 아니합니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 직업, 직무 또는 연령의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보상됨을 서면으로 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제46조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제44조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제45조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 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 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한 자(이하「보험설계사 등」이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

③ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우

에는 해약환급금을 지급합니다.
④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반 사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다. 또한 이 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다.
⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제45조(계약후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보상하여 드립니다.
⑥ 손해가 제1항에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된 때에는 제4항 및 제5항에 관계없이 보상하여 드립니다.

제47조(계약취소권의 행사제한)
회사는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110조(사기, 강박에 의한 의사표시) 중 사기에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제48조(주소변경통지)
① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에서 정한 대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다

제49조(수익자의 지정)
계약자는 수익자를 지정할 수 있으며, 수익자를 지정하지 아니한 때에는 제39조(만기환급금의 지급)의 경우는 계약자로 하고,

제19조(상해사망보험금)의 경우는 피보험자의 상속인으로, 제20조(상해후유장해보험금), 제21조(상해소득보상금), 제22조(질병 고도장해 재활자금), 제23조(중대 화상·부식 진단비), 제24조([갱신형] 상해 입원일당(1일이상)), 제25조([갱신형] 질병 입원일당(1일이상)), 제26조([갱신형] 암 입원일당), 제28조([갱신형] 고액치료비암 진단비), 제29조([갱신형] 암진단비), 제30조([갱신형] 뇌출혈 진단비), 제31조([갱신형] 급성심근경색증 진단비), 제32조([갱신형] 만성당뇨합병증 진단비), 제33조([갱신형] 조혈모세포이식 수술비) 및 제34조([갱신형] 5대 장기이식 수술비)의 경우는 피보험자로 합니다.

제50조(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 제1항의 대표자로 지정된 계약자 또는 수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우에 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.

제51조(보험금 등 청구시 구비서류)

① 계약자, 피보험자 또는 수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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.

제52조(보험금의 지급)

① 회사는 손해발생 통지 및 제51조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 지급하여 드립니다.

② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유와 지급예정일을 피보험자 또는 수익자에게 서면통지하여 드립니다.
③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자 또는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.
④ 회사는 제1항 및 제2항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.
⑤ 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제46조(알릴 의무 위반의 효과)와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

<용어풀이>

「영업일」이라 함은 “토요일”, “일요일”, “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일” 및 “근로자의 날”을 제외한 날을 의미합니다.

제53조(환급금의 지급)

① 회사는 계약자 및 수익자의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일부터 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 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 수익자에게 알려 드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 환급금에 더하여 지급합니다.
③ 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 수익자에게 알린 경우의 만기환급금 및 해약환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 중 1년이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제54조(보험금을 받는 방법의 변경)

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

② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 나누어 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급하는 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제55조(계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사(보험관련 업무를 위탁 받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며 이 경우 회사는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제23조(개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

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

제56조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항의 규정에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금 지급사유가 발생되어 보험금을 지급하는 날 또는 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출원리금을 차감할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원리금을 차감할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제57조(분쟁의 조정)
계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제58조(관할법원)
이 계약에 관한 소송은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제59조(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.

제60조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)
보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함) 제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제61조(회사의 손해배상책임)
회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여 관계법규 및 사업방법서에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제62조(예금보험기금에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

제63조(준거법)
이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911)
진단비 플랜 특별약관

1. 이륜자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.(이하 특별약관은「특약」, 보험계약자는「계약자」, 회사는「회사」라 합니다)

② 이 특약의 효력발생일은 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 진단비 플랜 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

③ 이 특약은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어 집니다.

④ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인 것과 배기량 125씨씨이하로서 3륜이상인 자동차를 포함합니다)]와 배기량이 50씨씨미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트 미만)인 이륜자동차를 말합니다.

③ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))
회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)
이 특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료납입)
① 계약자는 제2회 이후의 보험료부터 이 특별약관에 따라 보험계약자의 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입하거나 급여이체를 통하여 납입합니다.
② 제1회 기본보험료의 납입방법을 보험계약자의 지정 금융기관 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 지정 금융기관 지정계좌로부터 제1회 기본보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 기본보험료 납입일로 하여 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 진단비 플랜 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다)의 제1조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)
자동납입일자 또는 급여이체일자는 이 청약서에 기재된 보험료 납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약후 알릴의무)
계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

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

3. 신용카드이용 보험료납입 특별약관

제1조(적용범위)
이 특별약관은 신용카드회사(이하「카드회사」라 합니다)의 카드회원을 계약자로 하여 초회보험료를 납입하는 경우나 카드회사의 카드회원인 계약자가 회사와 보험대리점계약을 체결한 신용카드 법인대리점을 통하여 보험료를 자동납입하는 경우에 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)
회사는 이 특별약관에 따라 보험계약자가 정해진 신용카드로써 보험료를 결제하기 위하여 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 보험료의 영수시점으로 봅니다.(다만, 계약자의 귀책사유로 카드승인이 불가능한 경우에는 실제 카드회사의 승인을 받은 날을 보험료의 영수시점으로 봅니다)

제3조(사고카드 계약)
① 계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 보장개시일부터 그 효력을 상실합니다.
② 제1항의 사고카드라 함은 유효기간이 지난 카드, 위조·변조된 카드, 무효 또는 거래정지 통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 진단비 플랜 보통약관을 따릅니다.

4. 전자거래 특별약관

제1조(적용범위)
회사는 이 특별약관에 따라 컴퓨터를 이용하여 보험을 거래할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(이하「사이버몰」이라 합니다)을 이용하여 보험계약이 체결되는 경우에 적용합니다.

제2조(계약자 보관용 청약서 및 보험약관의 교부)
① 회사는 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 진단비 플랜 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제3조(약관교부 및 설명의무 등) 제1항에도 불구하고 컴퓨터를 이용하여 사이버몰에 게시된 청약서, 보험약관 전부 및 보험약관의 중요내용

에 모두 동의한 경우에는 청약서 및 보험약관 교부와 보험약관 중요내용을 알려드린 것으로 간주합니다.
② 회사가 제1항을 위반한 때에는 계약자는 계약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료에 이 보험의 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더하여 드립니다.

제3조(전자서명의 효력)

회사는 보통약관 제3조(약관교부 및 설명의무 등) 제3항에도 불구하고 사이버몰에서 계약의 청약과 관련하여 계약자 등이 청약서에 전자거래기본법 제11조 또는 전자서명법 제3조에 기초한 전자서명을 한 경우 그 전자서명을 계약자 등이 직접 서명날인(도장을 찍음)한 것으로 봅니다.

제4조(보험료의 납입)

① 이 특별약관에 의한 보험료의 납입은 은행(우체국을 포함합니다)을 이용한 자동납입이나 신용카드회사의 신용카드(이하 「신용카드」라 합니다)를 이용한 납입에 한합니다.
② 자동납입의 경우에는 자동이체신청을 받은 날을, 신용카드를 이용한 납입의 경우에는 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 보험료의 영수시점으로 봅니다. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 실제보험료가 이체된 날과 카드회사의 승인을 받은 날을 보험료의 영수시점으로 봅니다.
③ 보험계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.
④ 보험계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 보험자의 보장개시일부터 그 효력을 상실합니다.
⑤ 제4항의 사고카드라 함은 유효기간이 지난 카드, 위조 변조된 카드, 무효 또는 거래정지 통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

5. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)
이 특별약관(이하「특약」이라 합니다)은 보험계약자, 피보험자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 모두 동일한 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 진단비 플랜 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 및 특별약관에 적용됩니다. (이하「보험계약자」는「계약자」,「피보험자」는「피보험자」,「보험수익자(보험금을 받는 자)」는「수익자」라 합니다)

제2조(특약의 체결 및 소멸)
① 이 특약은 계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 부가되어 집니다.(이하「보험회사」는「회사」라 합니다)
② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 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(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 수익자가 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 수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 수익자의 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(장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자의 인감증명서
5. 피보험자 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.

무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험
(0911) 상해 플랜 보통약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조(보험계약의 성립)

① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다. (이하「보험계약」은「계약」,「보험계약자」는「계약자」,「보험회사」는「회사」라 합니다)

② 회사는 피보험자(보험대상자, 이하「피보험자」라 합니다)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)를 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 보장부분 예정이율(이하「예정이율」이라 합니다)+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 승낙을 거절한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

<예정이율>

회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립해 두는데 보험료 납입시점과 보험금 지급시점에는 시차가 발생하게 됩니다. 이 기간동안 회사는 적립된 금액을 운용할 수 있으므로 운용에 따라 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인율을 “예정이율”이라고 합니다. 일반적으로, 예정이율이 높아지면 보험료는 낮아지고, 예정이율이 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

제2조(청약의 철회)

① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수

한 날부터 3일 이내에 그 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 보험의 보험계약대출이율(이하「보험계약대출이율」이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 청약을 철회한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제3조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 계약자의 요청이 있을 경우에는 전자거래기본법 제2조 제1호에서 정한 전자문서(이하「전자문서」라 합니다)를 이용하여 약관을 드릴 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 전자거래기본법 제2조 제5호에 의해 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 계약자 보관용 청약서를 드리지 아니할 수 있습니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약전 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.

③ 회사가 제1항 또는 제2항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자(보험금 또는 환급금을 받는 자, 이하「수익자」라 합니다)가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한

보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제4조(계약의 무효)

타인의 사망을 보험사고로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.

제5조(계약내용의 변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 보험가입금액
5. 계약자, 피보험자, 수익자
6. 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제1항 제1호의 규정에 의하여 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제4호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제38조(해약환급금)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자가 제1항 제5호 중 사망보험금 수익자를 변경하고자 할 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

⑤ 계약자가 제1항 제5호 중 피보험자를 변경할 수 있는 경우는 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 이 보험에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하거나 파산, 이민, 또는 이혼 등 불가피한 사유로 계약을 유지시킬 수 없는 경우
2. 계약자가 그와 고용관계에 있는 피보험자를 해고 또는 교

체한 경우

<용어풀이>

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

제6조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(손해보상 후의 계약)

① 한 번의 사고에 대하여 지급한 제20조(상해후유장해보험금)의 상해후유장해보험금이 상해후유장해 보험가입금액의 80%미만인 경우에는 남은 보험기간에 대한 이 계약의 상해후유장해보험가입금액은 감액되지 아니하며, 제19조(상해사망보험금)에서 정한 사망보험금 또는 제20조(상해후유장해보험금)의 제1항에서 정한 고도후유장해보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 계약은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산한 적립부분 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

③ 제17조(보상하는 손해)에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다. 다만, 제5조(계약내용의 변경) 제5항에 따라 피보험자를 변경하는 경우에는 그러하지 아니합니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제18조(보상하지 아니하는 손해) 제2항의 규정을 따릅니다.

⑤ 제21조(상해소득보상금)에서 정한 상해소득보상금, 제24조(뇌·내장손상 수술비)에서 정한 뇌·내장손상 수술비 및 제25조(중대 화상·부식 진단비)에서 정한 중대 화상·부식 진단비를 지급받은 경우 각각의 손해 보상의 원인이 생긴 때부터 계약자는 차회이후 각각의 해당 보장보험료를 납입하지 아니합니다.

제8조(회사의 보장의 시기 및 종기)

① 회사의 보장은 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하며 마지막날 오후 4시에 끝납니다. 이 경우 시각은 보험증권(보험가입증서) 발행지의 표준시에 따릅니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 회사는 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 손해에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
③ 회사가 계약자로부터 계약의 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에 그 청약을 승낙하기 전에 계약에서 정한 보험사고가 생긴 때에는 회사는 계약상의 보장을 합니다.
④ 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제1항에서 정한 보장의 시기가 개시되지 아니한 경우
2. 제42조(계약전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
3. 제44조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

⑤ 제2항의 보험료는 제17조(보상하는 손해)의 손해를 보상하는데 필요한 보험료(이하「보장보험료」라 합니다)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하「적립보험료」라 합니다)로 구성됩니다.(이하「보장보험료」와「적립보험료」를 합하여「보험료」라 합니다)

제9조(갱신형 보장의 갱신 및 보험기간)

① 회사는 다음 각호의 조건을 충족하고, 갱신형 보장의 보험기간(이하「갱신보험기간」이라 합니다)이 만료되는 날부터 15일 전까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 갱신형 보장은 동일한 보장내용으로, 자동으로 갱신(이하「갱신계약」이라 합니다)되는 것으로 합니다.

1. 갱신보험기간의 만기일이 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 기간내 일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 범위내 일 것
3. 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간내에 갱신형 보장의 갱신전 계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

② 갱신형 보장의 갱신보험기간은 3년으로 하며, 다만, 제26조([갱신형] 골절진단비(치아파절 제외)), 제27조([갱신형] 5대 골절진단비), 제28조([갱신형] 5대 골절수술비), 제30조([갱신형] 강력범죄위로금) 및 제31조([갱신형] 상해흉터복원 수술비)의 경우는 78세 이후에 최초로 도래하는 갱신보험기간은 보험나이 80세 계약해당일 까지로 하고, 제29조([갱신형] 상해

입원일당(1일이상)) 및 제32조([갱신형] 자동차사고부상 위로금)의 경우 98세 이후에 최초로 도래하는 갱신보험기간은 보험나이 100세 계약해당일 까지로 합니다.
③ 제1항 및 제2항의 갱신형 보장이라 함은 제26조([갱신형] 골절진단비(치아파절 제외)), 제27조([갱신형] 5대 골절진단비), 제28조([갱신형] 5대 골절수술비), 제29조([갱신형] 상해 입원일당(1일이상)), 제30조([갱신형] 강력범죄위로금), 제31조([갱신형] 상해흉터복원 수술비) 및 제32조([갱신형] 자동차사고부상 위로금)을 말합니다.

제10조(자동갱신시 제도 및 보험료 적용)
① 갱신계약의 약관은 갱신전 계약의 약관을 적용하고, 갱신계약의 보험요율에 관한 제도 또는 보험료(이하「보험요율 제도 또는 보험료」라 합니다)는 갱신일 현재의 보험요율 제도 또는 보험료를 적용합니다. 단, 법령의 개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 약관변경에 따라 약관이 개정된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다.
② 제1항의 경우 회사는 갱신형 보장의 갱신보험기간이 만료되는 날부터 15일전까지 그 내용을 계약자에게 서면으로 통지합니다.

제11조(갱신일 이후 부활(효력회복) 청약시 연체보험료의 적용)
제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)) 제1항에서 정한 연체보험료는 갱신일 이전 기간에 납입되지 않은 보험료를 포함하여, 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 보험료를 말합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제12조(보험나이의 계산)
① 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

< 보험나이 계산 예시 >

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

제13조(보험료의 납입)

① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 이 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융기관(우체국 포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융기관 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 보험기간 중에 소멸 또는 변경되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 예정이율로 계산한 금액을 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

제14조(보험료의 자동대출납입)

① 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 계약자가 보험료의 자동대출을 서면신청한 경우 제54조(보험계약대출)에 의한 보험계약대출로 보험료가 자동적으로 대출되어 계약이 유효하게 지속됩니다.
② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율로 계산)를 더한 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 따라 보험계약대출로 자동납입되는 보험료는 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 계약자의 서면에 의한 재신청이 있어야 합니다.
④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해약을 청구한 때에는 회사는 보험료의 자

동대출납입이 없었던 것으로 하여 그 청구에 따라 처리합니다.

<용어풀이>

「보험계약대출이율」이라 함은 해당 보험상품의 약관에 따라 계약자가 대출을 받을 경우, 회사가 정하는 대출이율이며, 이 보험의 보험계약대출이율이 변경되는 경우, 변경된 시점부터 변경된 이율을 적용합니다.

제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고하고 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 보험료 수금방법이 회사의 방문수금 또는 계약자의 은행 수납방법으로 약정되어 있는 경우에 회사가 방문수금을 이행하지 않은 경우 또는 납입통지서(지로 등)를 드리지 않은 경우로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 수금하기로 하거나 납입통지서(지로 등)를 다시 드리기로 한 경우에는 그 수금한 날 또는 다시 드린 날부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 합니다.

③ 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 수익자 포함)에게 납입최고(독촉)기간 안에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원리금을 차감할 수 있다는 내용을 포함합니다)을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.

④ 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

계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대하여 예정이율 + 1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.
② 계약의 부활(효력회복)에 관하여는 제1조(보험계약의 성립), 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기), 제42조(계약전 알릴 의무) 및 제44조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제17조(보상하는 손해)
① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「사고」라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입었을 때에는 그 상해 또는 질병으로 인하여 생긴 손해(이하「손해」라 합니다)를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.
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 포함되지 아니합니다.
③ 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(운전자를 대상으로 합니다)가 보험기간 중에 아래에 정한 사고(이하「교통사고」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 신체손해조항 및 일반조항에 따라 보상하여 드립니다.

1. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)
2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「탑승중 교통사고」라 합니다)
3. 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하「비탑승중 교통사고」

라 합니다)

<용 어 풀 이>

「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

④ 제3항에도 불구하고 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 비운전자(이하「비운전자」라 합니다)로 기재된 경우에는 제3항 제2호 및 제3호의「탑승중 교통사고」와「비탑승중 교통사고」(이하「자동차 비운전중 교통사고」라 합니다)만을 보상하여 드립니다.

⑤ 제3항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

⑥ 제3항에서 기타 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모타보트, 보트 포함)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 아니함)

제18조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 제19조(상해사망보험금), 제20조(상해후유장해보험금), 제21조(상해소득보상금), 제22조(교통상해 사망보험금), 제23조(교통상해 후유장해보험금), 제25조(중대 화상·부식 진단비), 제26조([갱신형] 골절진단비(치아파절 제외)), 제27조([갱신형] 5대 골절진단비), 제28조([갱신형] 5대 골절수술비) 및 제31조(상해흉터복원 수술비)의 보험금을 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 고의
2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부를 받는 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한

나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
5. 피보험자의 질병
6. 피보험자의 심신상실 또는 정신질환
7. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나, 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
8. 피보험자의 사형
9. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
11. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
12. 제11호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

③ 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 제24조(뇌·내장손상 수술비)의 보험금을 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 제1항에서 정한 사항
2. 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술을 한 경우

④ 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 제29조([갱신형] 상해 입원일당(1일이상))의 보험금을 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 제1항에서 정한 사항
2. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주 또는 무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

⑤ 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 제30조([갱신형] 강력범죄위로금)의 보험금을 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 사항
2. 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 폭력행위 등 처벌에 관한 법률 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
4. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해
5. 지진, 분화, 해일, 풍수해 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때 생긴 손해
6. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해

⑥ 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 제32조([갱신형] 자동차사고부상 위로금)의 보험금을 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 제1항에서 정한 사항
2. 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고
   가. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안에 발생한 손해
   나. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
   다. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
   라. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

⑦ 회사는 피보험자, 수익자 또는 계약자의 고의로 인해 제24조(뇌·내장손상 수술비), 제29조([갱신형] 상해 입원일당(1일이상)) 및 제32조([갱신형] 자동차사고부상 위로금)의 보험금 지급사유가 발생한 때에도 제2항을 적용합니다.

⑧ 회사는 피보험자 또는 수익자의 고의로 인해 제30조([갱신형] 강력범죄위로금)의 보험금 지급사유가 발생한 때에도 제2항을 적용합니다.

⑨ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 제19조(상해사망보험금), 제20조(상해후유장해보험금), 제21조(상해소득보상금), 제22조(교통상해 사망보험

금), 제23조(교통상해 후유장해보험금), 제24조(뇌·내장손상 수술비), 제25조(중대 화상·부식 진단비), 제26조([갱신형] 골절진단비(치아파절 제외)), 제27조([갱신형] 5대 골절진단비), 제28조([갱신형] 5대 골절수술비), 제29조([갱신형] 상해 입원일당(1일이상)) 및 제31조(상해흉터복원 수술비)의 보험금을 보상하여 드리지 아니합니다.

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
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

제19조(상해사망보험금)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일부터 2년 이내에 사망하였을 때에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 상해사망 보험가입금액(이하「상해사망 보험가입금액」이라 합니다)을 사망보험금으로 수익자에게 지급합니다.

② 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제20조(상해후유장해보험금)

① **고도후유장해보험금** : 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 2년 이내에 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)의 일부를

잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하「후유장해」라 합니다)되어 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해(이하「고도후유장해」라 합니다)가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 상해후유장해 보험가입금액(이하「상해후유장해 보험가입금액」이라 합니다)을 고도후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.

② **일반후유장해보험금** : 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 2년 이내에 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 장해분류표에서 정한 지급률이 80%미만에 해당하는 후유장해(이하「일반후유장해」라 합니다)가 남았을 경우에는 상해후유장해 보험가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.

④ 제1항 내지 제3항의 상해후유장해보험금 지급을 위한 장해분류표에서 정한 지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 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 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 상해후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

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

다.
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 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 상해후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 상해후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 위 1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 상해후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

제21조(상해소득보상금)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 2년 이내에 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해(이하「50%이상 후유장해」라 합니다)가 남았을 경우에는 아래에 정한 금액을 상해소득보상금(이하「상해소득보상금」라 합니다)으로 수익자에게 최초 1회에 한하여 확정 지급합니다.

구분	50% 이상 80% 미만 후유장해시	80%이상 후유장해시
상해 소득보상금	5년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재된 상해소득보상금 보험가입금액의 100% 지급	5년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재된 상해소득보상금 보험가입금액의 200% 지급

② 제1항의 상해소득보상금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해 지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

④ 같은 사고로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제4항에도 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.

⑥ 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제4항을 적용합니다.

⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 상해소득보상금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 상해소득보상금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 상해소득보상금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에

해당되는 후유장해에 대한 상해소득보상금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 상해소득보상금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 상해소득보상금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 상해소득보상금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 위1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 상해소득보상금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 상해소득보상금이 지급되지 않았던 후유장해

⑨ 제1항의 상해소득보상금은 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 지급하여 드리며, 수익자가 일시금으로 지급받고자 요청한 때에는 회사는 이 보험의 예정이율을 반영하여 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제22조(교통상해 사망보험금)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제3항에서 정한 교통사고로 상해를 입고 그 직접 결과로써 사고일부터 2년 이내에 사망하였을 때에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 교통상해 사망보험가입금액을 교통상해 사망보험금으로 제19조(상해사망보험금)에서 정한 상해사망보험금에 더하여 수익자에게 지급합니다.

② 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 교통상해 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제23조(교통상해 후유장해보험금)

① **교통상해 고도후유장해보험금** : 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제3항에서 정한 교통사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 2년 이내에 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하「후유장

해」라 합니다)되어 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해(이하「교통상해 고도후유장해」라 합니다)가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 교통상해 후유장해보험가입금액(이하「교통상해 후유장해보험가입금액」이라 합니다)을 교통상해 고도후유장해보험금으로 제20조(상해후유장해보험금) 제1항에서 정한 상해고도후유장해보험금에 더하여 수익자에게 지급합니다.

② **교통상해 일반후유장해보험금** : 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제17조(보상하는 손해) 제3항에서 정한 교통사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 2년 이내에 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 장해분류표에서 정한 지급률이 80%미만에 해당하는 후유장해(이하「교통상해 일반후유장해」라 합니다)가 남았을 경우에는 교통상해 후유장해보험가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 교통상해 일반후유장해보험금으로 제20조(상해후유장해보험금) 제2항에서 정한 상해일반후유장해보험금에 더하여 수익자에게 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.

④ 제1항 내지 제3항의 교통상해 후유장해보험금 지급을 위한 장해분류표에서 정한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해 지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 교통상해 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 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 후유장해가 이미 교통상해 후유장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 교통상해 후유장해보험금에서 이미 지급받은 교통상해 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
⑨ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 교통상해 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 교통상해 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 교통상해 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

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

제24조(뇌 · 내장손상 수술비)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일부터 그 날을 포함하여 180일 이내에 아래에 정한 상태(이하「뇌·내장손상」이라 합니다)에 해당되는 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 뇌·내장손상 수술비 보험가입금액을 뇌·내장손상 수술비로 수익자에게 지급하여 드립니다.

1. 뇌손상 : 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 손상(【별표5】의 뇌·내장손상 분류표 참조)을 입고 그 치료를 목적으로 개두(開頭)수술을 받은 경우
2. 내장손상 : 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(心臟, 肺,胃,腸,肝臟,膵臟,脾臟,腎臟,膀胱)의 기관에 기질적 손상(【별표5】의 뇌·내장손상 분류표 참조)을 입고, 그 치료를 목적으로 개흉(開胸)수술 또는 개복(開腹)수술을 받은 경우

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

② 피보험자가 동일한 사고로 인해 뇌·내장손상 수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한가지 사유에 의한 금액만을 보상합니다.

③ 제1항의「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 뇌손상 또는 내장손상으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 뇌손상 또는 내장손상의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) Block(신경의 차단)은 제외합니다.

제25조(중대 화상 · 부식 진단비)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증

권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」으로 진단확정된 경우 보험증권(보험가입증서)에 기재된 중대 화상·부식 진단비 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중대 화상·부식 진단비로 수익자에게 지급하여 드립니다.
② 제1항의「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」이라 함은 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 경우를 말합니다. 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 신체 표면적은 "9의 법칙(The Rule of 9's)" 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder Chart)"에 의해 측정되어 진 것을 말하며, "9의 법칙" 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트" 측정법과 같이 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 경우에도 이를 인정합니다.
③「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제26조([갱신형] 골절진단비(치아파절 제외))

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 인하여 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접적인 결과로 【별표9】(골절(치아파절 제외)분류표)에 정한 골절(이하「골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 골절진단비(치아파절 제외)) 보험가입금액을 골절진단비(치아파절 제외)로 수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 골절진단비(치아파절 제외)는 매사고 마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상

의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제27조([갱신형] 5대 골절진단비)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하 「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 인하여 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접적인 결과로 【별표10】(5대 골절 분류표)에 정한 골절(이하 「5대 골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 5대 골절진단비 보험가입금액을 5대 골절진단비로 수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 5대 골절진단비는 매사고 마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제28조([갱신형] 5대 골절수술비)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하 「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로 【별표10】(5대 골절 분류표)에 정한 골절(이하 「5대 골절」이라 합니다)로 수술을 받은 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 5대 골절수술비 보험가입금액을 5대 골절수술비로 수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 5대 골절수술비는 매사고 마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 동시에 2가지 이상 또는 2회 이상의 5대 골절 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

③ 제1항의 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 5대 골절로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 5대 골절의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는

것을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) Block(신경의 차단)은 제외합니다.

제29조([갱신형] 상해 입원일당(1일이상))

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일에 대하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 상해 입원일당(1일이상) 보험가입금액을 상해 입원일당(1일이상)으로 수익자에게 지급합니다. 다만, 사고일부터 180일 이내의 입원에 한합니다.

② 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일이후 입원하여 치료를 받던 중 이 보장의 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해 입원일당(1일이상)을 계속 보상하여 드립니다.

④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

⑤ 제1항에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제30조([갱신형] 강력범죄위로금)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 일상생활 중에 다음 각호에 정하는 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안,

의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 피해가 발생하였을 경우 보험증권(보험가입증서)에 기재된 강력범죄위로금 보험가입금액을 강력범죄위로금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

1. 형법 제24장에서 정하는 살인죄
2. 형법 제25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
3. 형법 제32장에서 정하는 강간죄
4. 형법 제38장에서 정하는 강도죄
5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률에 정한 폭력 등의 죄

② 제1항에도 불구하고 제1항 제1호의 살인, 제2호의 상해와 폭행, 제5호의 폭력 등으로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상합니다.

제31조(상해흉터복원 수술비)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복(이하「상해흉터복원」이라 합니다)을 목적으로 사고일부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(단, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다)을 받은 경우 아래에 정한 금액을「상해흉터복원 수술비」로 수익자에게 지급하여 드립니다.

구 분	안면부	상지·하지
지급액	수술 1Cm당 14만원	수술 1Cm당 7만원 (단, 3Cm이상의 경우에 한합니다)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술Cm는 최장직경으로 합니다.

② 제1항에서 정한 상해흉터복원 수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급하여 드립니다.

<용 어 풀 이>

안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.

1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. 상지란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

③ 제1항의「성형수술」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 성형외과 전문의의 관리 하에 상해흉터복원을 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) Block(신경의 차단)은 제외합니다.

제32조([갱신형] 자동차사고부상 위로금)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 보장의 보험기간(이하「이 보장의 보험기간」이라 합니다) 중에 제17조(보상하는 손해) 제3항에서 정한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차보험(공제계약을 포함합니다)에서 보험금을 지급받은 경우, 그 상해등급에 따라【별표14】(자동차사고 부상 등급표)에 정한 보험금을 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

제33조(다른 신체상해 또는 질병의 영향)

① 피보험자가 제17조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체상해 또는 질병의 영향으로 또는 제17조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 상해나 질병의 영향으로 제17조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 금액을 결정하여 지급합니다.

② 정당한 이유없이 피보험자가 치료를 게을리하거나 또는 계약자나 수익자가 치료를 하여 주지 않음으로 인하여 제17조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우에도 제1항과 같은 방법으로 합니다.

제34조(보험금의 지급한도)

① 회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 상해후유장해보험금은 제20조(상해후유장해보험금)에 정한 상해후유장해보험금을 한도로 합니다.

② 회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 교통상해 후유장해보험금은 제23조(교통상해 후유장해보험금)에 정한 교통상해 후유장해보험가입금액을 한도로 합니다.

③ 회사는 하나의 사고로 제19조(상해사망보험금)에서 정한 사망보험금과 제20조(상해후유장해보험금)에서 정한 일반후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다. 그러나, 제20조(상해후유장해보험금)의 상해고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 제19조(상해사망보험금)의 사망보험금은 지급하여 드리지 아니합니다.

④ 회사는 하나의 사고로 제22조(교통상해 사망보험금)에서 정한 교통상해 사망보험금 및 제23조(교통상해 후유장해보험금)에서 정한 교통상해 후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다. 그러나, 제23조(교통상해 후유장해보험금)의 교통상해 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 제22조(교통상해 사망보험금)의 교통상해 사망보험금은 지급하여 드리지 아니합니다.

제35조(손해의 통지)

① 계약자, 피보험자 또는 수익자는 사고가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

② 계약자, 피보험자 또는 수익자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제36조(보장성 공시이율Ⅰ의 적용 및 공시)

① 이 보험의 적립부분 순보험료(보험료에서 정해진 사업비와 보장보험료를 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 매월 회사가 정한 이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ(이하「보장성 공시이율Ⅰ」이라 합니다)로 합니다. 단, 계약건별로 적용되는 보장성 공시이율Ⅰ은 년계약해당일이 속한 달의 보장성 공시이율Ⅰ로 하여 보험가입시점부터 매 1년간 확정 적용합니다.

<용어풀이>

「공시이율」이라 함은 운용자산이익률과 시중금리 등에 연동하여 일정기간마다 변경되어 공표되는 이율을 말합니다.

② 제1항의「년계약해당일」이라 함은 계약일부터 1년씩 경과되는 매년 계약해당일을 말합니다. 단, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.

③ 제1항의 보장성 공시이율Ⅰ은 회사의 운용자산이익률과 시중금리 등을 고려하여 이 보험의 사업방법서가 정하는 바에 따라 결정합니다.

④ 회사는 제1항 내지 제3항에서 정한 보장성 공시이율Ⅰ을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제37조(만기환급금의 지급)

회사는 계약자가 보험료를 완납하고 보험기간이 끝난 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 준하여 그 때까지 회사가 적립한 금액을 만기환급금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

제38조(해약환급금)

① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계산합니다. 이때 적립부분 순보험료에 대하여 회사는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험료 납입경과기간에 따라 아래의 이율을 적용합니다. 다만, 보험기간 중에 보장성 공시이율Ⅰ이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제36조(보장성 공시이율Ⅰ의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용합니다. 단, 최저보증이율은 연복리 1.5%로 합니다.

경과기간	이율
1년미만	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ × 80%
1년이상 ~ 2년미만	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ × 90%
2년이상	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

<용어풀이>

「최저보증이율」이라 함은 회사의 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

제39조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제40조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

<용어풀이>

「소멸시효」라 함은 주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험사고가 발생한 후 2년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못합니다.

제41조(보험금 청구권의 상실)

계약자, 피보험자 또는 수익자가 손해의 통지 또는 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조하거나 변조한 경우에는 피보험자 또는 수익자는 손해에 대한 보험금 청구권을 상실합니다.

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제42조(계약전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하「계약전 알릴 의무」라 하며, 상법상「고지의무」와 같습니다) 합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

<용어풀이>

「계약전 알릴 의무」라 함은 상법 제651조에서 정하고 있는 의무로서, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금이 지급되지 않을 수 있습니다.

제43조(계약후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 피보험자가 그 직업, 직무 또는 연령을 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 된 경우에는 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 지불을 게을리 했을 때, 회사는 직업, 직무 또는 연령이 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하「변경전 요율」이라 합니다)의 직업, 직무 또는 연령이 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업, 직무 또는 연령과 관계없는 사고로 발생한 손해에 관해서는 그러하지 아니합니다.
④ 계약자 또는 피보험자가 직업, 직무 또는 연령의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보상됨을 서면으로 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제44조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제42조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제43조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 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 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에

는 제외)

4. 보험을 모집한 자(이하「보험설계사 등」이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

③ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반 사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다. 또한 이 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제43조(계약후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보상하여 드립니다.

⑥ 손해가 제1항에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된 때에는 제4항 및 제5항에 관계없이 보상하여 드립니다.

제45조(계약취소권의 행사제한)

회사는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110조(사기, 강박에 의한 의사표시) 중 사기에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제46조(주소변경통지)

① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한 대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은

일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다

제47조(수익자의 지정)

계약자는 수익자를 지정할 수 있으며, 수익자를 지정하지 아니한 때에는 제37조(만기환급금의 지급)의 경우는 계약자로 하고, 제19조(상해사망보험금), 제22조(교통상해 사망보험금)의 경우는 피보험자의 상속인으로, 제20조(상해후유장해보험금), 제21조(상해소득보상금), 제23조(교통상해 후유장해보험금), 제24조(뇌·내장손상 수술비), 제25조(중대 화상·부식 진단비), 제26조([갱신형] 골절진단비(치아파절 제외)), 제27조([갱신형] 5대 골절진단비), 제28조([갱신형] 5대 골절수술비), 제29조([갱신형] 상해 입원일당(1일이상)), 제30조([갱신형] 강력범죄위로금), 제31조([갱신형] 상해흉터복원 수술비) 및 제32조([갱신형] 자동차사고부상 위로금)의 경우는 피보험자로 합니다.

제48조(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 제1항의 대표자로 지정된 계약자 또는 수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우에 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.

제49조(보험금 등 청구시 구비서류)

① 계약자, 피보험자 또는 수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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.

제50조(보험금의 지급)

① 회사는 손해발생 통지 및 제49조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 지급하여 드립니다.

② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유와 지급예정일을 피보험자 또는 수익자에게 서면통지하여 드립니다.

③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자 또는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

④ 회사는 제1항 및 제2항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제44조(알릴 의무 위반의 효과)와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

<용어풀이>

「영업일」이라 함은 “토요일”, “일요일”, “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일” 및 “근로자의 날”을 제외한 날을 의미합니다.

제51조(환급금의 지급)

① 회사는 계약자 및 수익자의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일부터 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 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 수익자에게 알려 드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 환급금에 더하여 지급합니다.

③ 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 수익자에게 알린 경우의 만기환급금 및 해약환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 중 1년이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제52조(보험금을 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 나누어 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급하는 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제53조(계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사(보험관련 업무를 위탁 받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며 이 경우 회사는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제23조(개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

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

제54조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금 지급사유가 발생되어 보험금을 지급하는 날 또는 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출원리금을 차감할 수 있습니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제15조(보험료의 납입연

체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원리금을 차감할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제55조(분쟁의 조정)
계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제56조(관할법원)
이 계약에 관한 소송은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제57조(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.

제58조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)
보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함) 제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제59조(회사의 손해배상책임)
회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여 관계법규 및 사업방법서에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제60조(예금보험기금에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

제61조(준거법)
이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911)
상해 플랜 특별약관

1. 이륜자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.(이하 특별약관은「특약」, 보험계약자는「계약자」, 회사는「회사」라 합니다)

② 이 특약의 효력발생일은 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 상해 플랜 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

③ 이 특약은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어 집니다.

④ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인 것과 배기량 125씨씨이하로서 3륜이상인 자동차를 포함합니다)]와 배기량이 50씨씨미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트 미만)인 이륜자동차를 말합니다.

③ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))
회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)
이 특약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료납입)
① 계약자는 제2회 이후의 보험료부터 이 특별약관에 따라 보험계약자의 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입하거나 급여이체를 통하여 납입합니다.
② 제1회 기본보험료의 납입방법을 보험계약자의 지정 금융기관 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 지정 금융기관 지정계좌로부터 제1회 기본보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 기본보험료 납입일로 하여 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 상해 플랜 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다)의 제1조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)
자동납입일자 또는 급여이체일자는 이 청약서에 기재된 보험료 납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약후 알릴의무)
계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

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

3. 신용카드이용 보험료납입 특별약관

제1조(적용범위)
이 특별약관은 신용카드회사(이하「카드회사」라 합니다)의 카드회원을 계약자로 하여 초회보험료를 납입하는 경우나 카드회사의 카드회원인 계약자가 회사와 보험대리점계약을 체결한 신용카드 법인대리점을 통하여 보험료를 자동납입하는 경우에 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)
회사는 이 특별약관에 따라 보험계약자가 정해진 신용카드로써 보험료를 결제하기 위하여 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 보험료의 영수시점으로 봅니다.(다만, 계약자의 귀책사유로 카드승인이 불가능한 경우에는 실제 카드회사의 승인을 받은 날을 보험료의 영수시점으로 봅니다)

제3조(사고카드 계약)
① 계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 보장개시일부터 그 효력을 상실합니다.
② 제1항의 사고카드라 함은 유효기간이 지난 카드, 위조·변조된 카드, 무효 또는 거래정지 통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 상해 플랜 보통약관을 따릅니다.

4. 전자거래 특별약관

제1조(적용범위)
회사는 이 특별약관에 따라 컴퓨터를 이용하여 보험을 거래할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(이하「사이버몰」이라 합니다)을 이용하여 보험계약이 체결되는 경우에 적용합니다.

제2조(계약자 보관용 청약서 및 보험약관의 교부)
① 회사는 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 상해 플랜 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제3조(약관교부 및 설명의무 등) 제1항에도 불구하고 컴퓨터를 이용하여 사이버몰에 게시된 청약서, 보험약관 전부 및 보험약관의 중요내용

에 모두 동의한 경우에는 청약서 및 보험약관 교부와 보험약관 중요내용을 알려드린 것으로 간주합니다.
② 회사가 제1항을 위반한 때에는 계약자는 계약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료에 이 보험의 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더하여 드립니다.

제3조(전자서명의 효력)

회사는 보통약관 제3조(약관교부 및 설명의무 등) 제3항에도 불구하고 사이버몰에서 계약의 청약과 관련하여 계약자 등이 청약서에 전자거래기본법 제11조 또는 전자서명법 제3조에 기초한 전자서명을 한 경우 그 전자서명을 계약자 등이 직접 서명날인(도장을 찍음)한 것으로 봅니다.

제4조(보험료의 납입)

① 이 특별약관에 의한 보험료의 납입은 은행(우체국을 포함합니다)을 이용한 자동납입이나 신용카드회사의 신용카드(이하 「신용카드」라 합니다)를 이용한 납입에 한합니다.
② 자동납입의 경우에는 자동이체신청을 받은 날을, 신용카드를 이용한 납입의 경우에는 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 보험료의 영수시점으로 봅니다. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 실제보험료가 이체된 날과 카드회사의 승인을 받은 날을 보험료의 영수시점으로 봅니다.
③ 보험계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.
④ 보험계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 보험자의 보장개시일부터 그 효력을 상실합니다.
⑤ 제4항의 사고카드라 함은 유효기간이 지난 카드, 위조 변조된 카드, 무효 또는 거래정지 통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

5. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관(이하「특약」이라 합니다)은 보험계약자, 피보험자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 모두 동일한 무배당 삼성명품 애니라이프 건강보험(0911) 상해 플랜 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 및 특별약관에 적용됩니다. (이하「보험계약자」는「계약자」,「피보험자」는「피보험자」,「보험수익자(보험금을 받는 자)」는「수익자」라 합니다)

제2조(특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 부가되어 집니다.(이하「보험회사」는「회사」라 합니다)

② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 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(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 수익자가 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 수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 수익자의 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(장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자의 인감증명서
5. 피보험자 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.

【별표1】

장해 분류표

<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 경우 해당장해 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 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.

2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.

3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.

4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계 · 정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

< 장해분류별 판정기준 >

1. 눈의 장해

가. 장해의 구분

장 해 의 분 류	지급률(%)
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) 한눈의 교정시력이 0.06이하로 된 때	25
5) 한눈의 교정시력이 0.1이하로 된 때	15
6) 한눈의 교정시력이 0.2이하로 된 때	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능 장해를 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 지난 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 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 구분

장 해 의 분 류	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, 뇌간유발반응 청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 어음향방사검사” 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장해

가. 장해의 구분

장 해 의 분 류	지급률(%)
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는양쪽 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 구분

장 해 의 분 류	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 남긴때	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 발음을 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 배열 구조 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 구분

장 해 의 분 류	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 10㎝ 이상의 (외모의/두부 또는 안면부)흉터
   ③ 직경 5㎝ 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 5㎝ 이상의 (외모의/두부 또는 안면부)흉터
   ③ 직경 2㎝ 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 구분

장 해 의 분 류	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

나. 장해판정기준

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 2회 이상 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 구분

장 해 의 분 류	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 2.5㎝ 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 구분

장 해 의 분 류	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 장해각도와 정상

부위의 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 3대 관절중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 구분

장 해 의 분 류	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 5cm이상 짧아진 때	30
11) 한다리가 3cm이상 짧아진 때	15
12) 한다리가 1cm이상 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 15㎜ 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 10㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 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 5㎜ 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 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

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

10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 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 3대 관절중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 구분

장 해 의 분 류	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 이외의 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 구분

장 해 의 분 류	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 운동영역이 정상 운동가능영역의 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·복부 장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 구분

장 해 의 분 류	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 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계 · 정신행동 장해

가. 장해의 구분

장 해 의 분 류	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 지났다 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 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 지난 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 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, 뇌전산화촬영, 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 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① “치매”라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 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	제한 정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지 않고는 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%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 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%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 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%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

【별표2】

악성신생물 분류표

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상악성신생물	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 기타 피부의 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

제6차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표3】

상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	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 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표4】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1시행) 중 다음에 적은 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 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표5】

뇌·내장손상 분류표

약관에 규정하는 뇌·내장손상으로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

상해名	대상 상병명	분류번호
1. 뇌손상	**【머리뼈 및 얼굴뼈의 골절】**	
	1. 머리둥근천장의 골절	S02.0
	2. 머리뼈바닥의 골절	S02.1
	3. 안와바닥의 골절	S02.3
	4. 머리뼈 및 얼굴뼈를 침범하는 다발성 골절	S02.7
	5. 기타 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02.8
	6. 상세불명의 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02.9
	【머리내 손상】	
	1. 미만성 뇌손상(뇌좌상)	S06.2
	2. 경막위 출혈	S06.4
	3. 외상성 경막밑 출혈	S06.5
	4. 외상성 거미막밑 출혈	S06.6
	5. 지속적 혼수를 동반한 머리내 손상	S06.7
	6. 기타 머리내 손상	S06.8
	7. 상세불명의 머리내 손상	S06.9
	【머리의 압착손상】	
	1. 머리뼈의 압착손상	S07.1
	2. 기타 머리부분의 압착손상	S07.8
	【머리부분의 외상성 절단】	
	1. 기타 머리 부분의 외상성 절단	S08.8
	【머리의 기타 및 상세불명의 손상】	
	1. 달리 분류되지 않은 머리 혈관의 손상	S09.0
	2. 머리의 다발성 손상	S09.7

상해名	대상 상병명	분류번호
2. 내장손상	**【심장의 손상】**	
	1. 혈심낭막을 동반한 심장손상	S26.0
	2. 기타 심장의 손상	S26.8
	3. 상세불명의 심장의 손상	S26.9
	【기타 및 상세불명의 가슴내 장기의 손상】	
	1. 폐의 기타 손상	S27.3
	2. 기관지의 손상	S27.4
	3. 가슴기관의 손상	S27.5
	4. 가슴막의 손상	S27.6
	5. 가슴내 장기의 다발성 손상	S27.7
	6. 기타 명시된 가슴내 장기의 손상	S27.8
	7. 상세불명의 가슴내 장기의 손상	S27.9
	【가슴의 압착손상 및 가슴 부분의 외상성 절단】	**S28**
	【가슴의 기타 및 상세불명의 손상】	**S29**
	【복부,하배부 및 골반 부위에서의 혈관의 손상】	**S35**
	【복부내 기관의 손상】	
	1. 지라의 손상	S36.0
	2. 간 또는 쓸개(담낭)의 손상	S36.1
	3. 췌장(이자)의 손상	S36.2
	4. 위의 손상	S36.3
	5. 작은창자의 손상	S36.4
	6. 결장의 손상	S36.5
	7. 직장의 손상	S36.6
	8. 복부내 기관의 다발 손상	S36.7
	9. 기타 복부내 기관의 손상	S36.8
	【비뇨기 및 골반 장기의 장기손상】	
	1. 콩팥(신장)의 손상	S37.0
	2. 요관의 손상	S37.1
	3. 방광의 손상	S37.2
	4. 요도의 손상	S37.3
	5. 난소의 손상	S37.4
	6. 자궁관의 손상	S37.5
	7. 자궁의 손상	S37.6
	8. 다발성 골반 장기의 손상	S37.7
	9. 기타 골반 장기의 손상	S37.8
	【복부,하배부 및 골반 부분의 압착손상 및 외상성 절단】	**S38**
	【복부,하배부 및 골반의 기타 및 상세불명의 손상】	
	1. 골반 기관을 동반한 복부내 기관의 손상	S39.6

- 제6차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 위의 분류표에서 3단위 항목표로 표시된 분류번호에 대해서는 3단위 항목표에 포함된 4단위 항목의 상병을 모두 보상하며, 4단위 항목표로 표시된 분류번호는 그 분류번호에 해당되는 상병만을 보상합니다.

【별표6】

고액치료비암 분류표

약관에 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	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 중추신경계통의 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 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표7】

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

제6차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표8】

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

제6차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표9】

골절(치아파절 제외) 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절 (치아의 파절 및 파절치 제외)	S02 (S02.5제외)
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 손부위에서의 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. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 상병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표10】

5대 골절 분류표

약관에 규정하는 5대 골절로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리의 압착손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 등뼈의 골절 및 등뼈의 다발성 골절	S22.0 ~ S22.1
4. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
5. 넓적다리뼈의 골절	S72

제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 상병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 약관에 규정하는 5대 골절에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표11】

질병입원형 · 질병통원형 · 종합입원형(질병입원) · 종합통원형(질병통원)에서 보상하지 아니하는 질병

질병입원형·질병통원형·종합입원형(질병입원)·종합통원형(질병통원) 약관에서 보상하지 아니하는 상병으로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 상 병 명	분류번호
1. 정신 및 행동장애 (F04-F99)	
1) 증상성을 포함하는 기질성 정신 장애	F04~F09
2) 정신활성 물질의 사용에 의한 정신 및 행동 장애	F10~F19
3) 정신분열증, 분열형 및 망상성 장애	F20~F29
4) 기분[정동] 장애	F30~F39
5) 신경증적, 스트레스와 연관된, 신체형 장애	F40~F48
6) 생리적 장애 및 신체적 요인들과 연관된 행동 증후군	F50~F59
7) 성인 인격 및 행동 장애	F60~F69
8) 정신 발육지체	F70~F79
9) 정신 발달 장애	F80~F89
10) 소아기 및 청소년기에 주로 발생하는 행동 및 정서 장애	F90~F98
11) 상세불명의 정신 장애	F99
2. 여성 생식기의 비염증성 장애 (N96~N98)	
1) 습관성 유산자	N96
2) 여성 불임증	N97
3) 인공 수정과 관련된 합병증	N98
3. 임신, 출산 및 산후기 (000-099)	000~099
4. 선천성 뇌질환 (Q00-Q04)	
1) 뇌없음증(무뇌증) 및 유사 기형	Q00
2) 뇌류	Q01
3) 소두증	Q02
4) 선천 수두증	Q03
5) 뇌의 기타 선천 기형	Q04
5. 비만 (E66)	E66
6. 비뇨기계 장애 (N39, R32)	
1) 비뇨기계통의 기타장애	N39
2) 상세불명의 요실금	R32

대 상 상 병 명	분류번호
7. 직장 또는 항문관련 질환 (I84, K60~K62) (국민건강보험법상 요양급여에 해당하는 부분은 보상)	
1) 치핵	I84
2) 항문 및 직장부의 열구 및 누공	K60
3) 항문 및 직장부의 농양	K61
4) 항문 및 직장의 기타 질환	K62
8. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과 (S00-T98)	S00~T98

제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 상병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표12】

질병 고도장해 판정기준

1. 팔 · 다리의 절단장해

(1) 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우

(2) 한 팔을 팔꿈치관절 이상 부위에서 잃은 경우

(3) 두 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 경우

2. 팔 · 다리의 기능장해

(1) 두 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 경우

(2) 두 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

(3) 한 팔을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우

(4) 한 팔의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

(5) 두 팔을 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 경우

(6) 두 팔 각각의 3대관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

(7) 두 팔의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 50%이상 감소된 경우

(8) 두 다리를 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 경우

(9) 두 다리 각각의 3대관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

(10) 두 다리의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 50%이상 감소된 경우

※ 마비에 의한 팔 · 다리의 기능장해는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능 장해가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.

※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.

※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.

※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

3. 척추의 기능장해

(1) 척추의 병변으로 척추가 완전강직되어 앉은 자세를 10분이상 유지하기 어려운 경우

※ 척추의 기능장해는 척추부 단순 X-선 촬영 또는 CT나 MRI에 의한 객관적인 검사소견(척추의 유합 및 금속물의 삽입 등)과 완전강직(척추가 한 위치에서 완전히 고정)이 있어야 하며, 디스크 등 통증이 주된 증상인 경우 및 척추의 완전강직이 통증에 의한 경우는 척추의 기능장해로 판정할 수 없습니다.

4. 뇌병변장해

(1) 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 50m이상 보행이 어려운 경우, 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷는 것이 매우 어려운 경우 또는 손잡이를 잡고도 계단 오르내리기가 겨우 가능한 경우

(2) 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 식사, 세면 및 양치질, 용변처리 등을 어느 정도 할 수 있으나, 목욕, 물이 들어 있는 컵을 손으로 흘리지 아니하고 옮기는 일 또는 선반에 물건을 올리는 일 등은 거의 할 수 없는 경우

(3) 아래 10.의 (3)뇌병변장해의 ①과 ②에 동시에 해당되는 경우

5. 시각장해

(1) 좋은 눈의 시력이 0.04이하인 경우

※ 시력은 안경, 콘텍트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.

※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

6. 청각장해

(1) 두 귀의 청력 손실이 각각 90데시벨 이상인 경우

※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

7. 정신지체장해

(1) 지능지수와 사회성숙지수가 49이하로 일상생활의 단순한 행동을 훈련시킬수 있고, 어느 정도의 감독과 도움을 받으면 복잡하지 아니하고 특수기술을 요하지 아니하는 작업을 가질 수 있는 경우

8. 신장장해

(1) 만성신부전증으로 인하여 1개월 이상 혈액투석 또는 복막투석을 받고 있는 경우

9. 심장장해

(1) 심장기능의 장해가 지속되며, 신체주위의 일은 어느 정도 할 수 있지만 그 이상의 활동으로는 심부전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나서 아래의 (가)~(사)항의 임상소견과 검사결과 등에 의한 점수가 25점 이상에 해당하는 경우

(가) 운동부하검사 또는 심장질환증상중등도(5점 만점)

(나) 심초음파 또는 핵의학검사상 좌심실구혈율(5점 만점)

(다) 검사소견(10점 만점)
(라) 심장수술 및 중재시술 병력(5점 만점)
(마) 입원병력(10점 만점, 최근 6개월 이내)
(바) 입원횟수(5점 만점, 최근 6개월 이내)
(사) 치료병력(2점 만점, 최근 6개월 이내)
※ 심장장해 판정시 검사항목 및 항목별 점수 기준은 보건복지부「장애등급판정기준」을 따릅니다.

10. 서로 다른 신체부위에 각각 장해가 발생되어 아래의 장해중 2가지 이상에 해당되는 경우

(단, 아래의 경우 하나의 장해로 봅니다.
1. 뇌병변 장해가 팔·다리의 절단장해 또는 팔·다리의 기능장해와 동반된 경우
2. 언어장해가 정신지체장해와 동반된 경우)

(1) 팔·다리의 절단장해
① 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
② 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
③ 두 다리를 쇼파관절 이상 부위에서 잃은 경우
④ 한 다리를 무릎관절 이상 부위에서 잃은 경우

(2) 팔·다리의 기능장해
① 한 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
② 한 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
③ 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 각각 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
④ 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
⑤ 한 팔을 마비로 겨우 움직일 수 있는 경우
⑥ 한 팔의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
⑦ 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우
⑧ 두 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 경우

⑨ 두 팔 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우

⑩ 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25%이상 50%미만 감소된 경우

⑪ 한 다리를 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우

⑫ 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장해는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장해가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.

※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.

※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.

※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

(3) 뇌병변장해

① 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 100m이상 보행이 어려운 경우, 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷는 것이 어려운 경우 또는 계단을 오르내리기가 매우 어려운 경우

② 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 식사, 세면 및 양치질, 용변처리를 하는데 다소의 어려움은 있으며 목욕, 물이 들어 있는 컵을 손으로 흘리지 아니하고 옮기는 일, 선반에 물건을 올리는 일 등이 매우 어려운 경우

③ 아래 11.의 (3)뇌병변장해의 ①과 ②에 동시에 해당되는 경우

(4) 시각장해

① 좋은 눈의 시력이 0.08이하인 경우

② 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 5도 이하로 남은 경우

※ 시력은 안경, 콘텍트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.

※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

(5) 청각장해

① 두 귀의 청력 손실이 각각 80데시벨 이상인 경우

② 양측 평형기능의 소실이 있으며 두 눈을 감고 일어서기가 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지고 일상에서 자신을 돌보는 일 외에는 타인의 도움이 필요한 경우

※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

(6) 언어장해

① 발성이 불가능하거나 특수한 방법(식도발성, 인공후두기)으로 간단한 대화가 가능한 음성장해

② 말의 흐름이 97%이상 방해를 받는 말더듬

③ 자음정확도가 30%미만인 조음장해

④ 의미 있는 말을 거의 못하는 표현언어지수가 25미만인 경우로서 정신지체장해 또는 발달장해(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우

⑤ 간단한 말이나 질문도 거의 이해하지 못하는 수용언어지수가 25미만인 경우로서 정신지체장해 또는 발달장해(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우

※ 말더듬, 조음 및 언어장해는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.

(7) 정신지체장해

① 지능지수와 사회성숙지수가 50이상 70이하로 교육을 통한 사회적·직업적 재활이 가능한 경우

(8) 심장장해

① 심장기능의 장해가 지속되며, 가정 내에서의 가벼운 활동은 상관없지만 그 이상의 활동에는 심부전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나서 아래의 (가)~(사)항의 임상소견과 검사결과 등에 의한 점수가 20~24점에 해당하는 경우

(가) 운동부하검사 또는 심장질환증상중등도(5점 만점)

(나) 심초음파 또는 핵의학검사상 좌심실구혈율(5점 만점)

(다) 검사소견(10점 만점)

(라) 심장수술 및 중재시술 병력(5점 만점)

(마) 입원병력(10점 만점, 최근 6개월 이내)

(바) 입원횟수(5점 만점, 최근 6개월 이내)

(사) 치료병력(2점 만점, 최근 6개월 이내)

※ 심장장해 판정시 검사항목 및 항목별 점수 기준은 보건복지부「장애등급판정기준」을 따릅니다.

11. 서로 다른 신체부위에 각각 장해가 발생되어 위 10.의 장해 중 1가지 이상에 반드시 해당되고 아래의 장해중 1가지 이상에 해당되는 경우

(단, 아래의 경우 하나의 장해로 봅니다.

1. 뇌병변 장해가 팔·다리의 절단장해 또는 팔·다리의 기능장해와 동반된 경우
2. 언어장해가 정신지체장해와 동반된 경우)

(1) 팔·다리의 절단장해

① 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃은 경우
② 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
③ 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 2개의 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
④ 두 다리를 리스프랑관절 이상 부위에서 잃은 경우
⑤ 한 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 경우

(2) 팔·다리의 기능장해

① 두 손의 엄지손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 경우
② 두 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
③ 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
④ 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
⑤ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
⑥ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
⑦ 한 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 경우
⑧ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절총운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우
⑨ 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 한 관절의 운동범위가 75%이상 감소한 경우
⑩ 한 다리를 마비로 겨우 움직일 수 있는 경우
⑪ 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우

⑫ 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우

⑬ 한 다리의 고관절 또는 무릎관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90%이상 감소된 경우

※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장해는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장해가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.

※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.

※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.

※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

(3) 뇌병변장해

① 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 근거리 보행만이 가능하고 고르지 못한 바닥이나 언덕길에서 파행이 뚜렷하고 안전성이 없어 넘어지기가 쉬우며 계단 오르내리기가 어려운 경우

② 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 그릇을 씻거나 돈을 세는 일, 주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 메는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을 수행하는데 매우 어려움이 있는 경우

③ 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 아래 ⓐ와 ⓑ에 동시에 해당되는 경우

ⓐ 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걸을 때 파행이 뚜렷하며 계단 오르내리기에 안정성이 떨어져 넘어지기가 쉬운 경우

ⓑ 그릇을 씻거나 돈을 세는 일, 주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 메는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을 수행하는데 상당히 어려움이 있는 경우

(4) 시각장해

① 좋은 눈의 시력이 0.1이하인 경우

② 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 경우

※ 시력은 안경, 콘텍트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.

※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

(5) 청각장해

① 두 귀의 청력 손실이 각각 70데시벨 이상인 경우

② 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50%이하인 경우

③ 양측 평형기능의 소실이나 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하고 일상에서 자신을 돌보는 일과 간단한 보행이나 활동만 가능한 경우

※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

(6) 언어장해

① 발성(음도, 강도, 음질)이 부분적으로 가능한 음성장해

② 말의 흐름이 방해받는 말더듬(아동 41~96%, 성인 24~96%)

③ 자음정확도가 30~75%정도의 부정확한 말을 사용하는 조음장해

④ 매우 제한된 표현만을 할 수 있는 표현언어지수가 25~65인 경우로서 정신지체장해 또는 발달장해(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우

⑤ 매우 제한된 이해만을 할 수 있는 수용언어지수가 25~65인 경우로서 정신지체장해 또는 발달장해(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우

※ 말더듬, 조음 및 언어장해는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.

주) 각 장해의 장해상태, 세부 판정기준, 판정시기, 장해진단전문의 및 장해진단기관의 기준에 관하여는 보건복지부의「장애등급판정기준」을 따릅니다.

【별표13】

만성 당뇨합병증 분류표

약관에 규정하는 만성 당뇨합병증으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 인슐린 의존성 당뇨병	
콩팥(신장) 합병증을 동반한 당뇨병	E10.2+
눈 합병증을 동반한 당뇨병	E10.3+
신경학적 합병증을 동반한 당뇨병	E10.4+
말초순환장애 합병증을 동반한 당뇨병	E10.5
2. 인슐린 비의존성 당뇨병	
콩팥(신장) 합병증을 동반한 당뇨병	E11.2+
눈 합병증을 동반한 당뇨병	E11.3+
신경학적 합병증을 동반한 당뇨병	E11.4+
말초순환장애 합병증을 동반한 당뇨병	E11.5
3. 영양실조와 관련된 당뇨병	
콩팥(신장) 합병증을 동반한 당뇨병	E12.2+
눈 합병증을 동반한 당뇨병	E12.3+
신경학적 합병증을 동반한 당뇨병	E12.4+
말초순환장애 합병증을 동반한 당뇨병	E12.5
4. 기타 명시된 당뇨병	
콩팥(신장) 합병증을 동반한 당뇨병	E13.2+
눈 합병증을 동반한 당뇨병	E13.3+
신경학적 합병증을 동반한 당뇨병	E13.4+
말초순환장애 합병증을 동반한 당뇨병	E13.5
5. 상세불명의 당뇨병	
콩팥(신장) 합병증을 동반한 당뇨병	E14.2+
눈 합병증을 동반한 당뇨병	E14.3+
신경학적 합병증을 동반한 당뇨병	E14.4+
말초순환장애 합병증을 동반한 당뇨병	E14.5

제6차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다

【별표14】

자동차사고 부상 등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제3조 제1항 2호 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

상해급별	지급금액	상 해 내 용
1급	200만원	1. 고관절의 골절 또는 골절성 탈구 2. 척추체 분쇄성 골절 3. 척추체 골절 또는 탈구로 인한 제신경증상으로 수술을 시행 한 상해 4. 외상성 두개강 안의 출혈로 개두술을 시행한 상해 5. 두개골의 함몰골절로 신경학적 증상이 심한 상해 또는 경막하 수종, 수활액 낭종, 지주막하 출혈 등으로 개두술을 시행한 상해 6. 고도의 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 생명이 위독한 상해(48시간 이상 혼수상태가 지속되는 경우만 해당한다) 7. 대퇴골 간부의 분쇄성 골절 8. 경골아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 9. 화상, 좌창, 괴사창 등 연부조직에 손상이 심한 상해(몸표면의 9퍼센트 이상의 상해) 10. 사지와 몸통의 연부조직에 손상이 심하여 유경피부이식수술을 시행한 상해 11. 상박골 경부 골절과 간부 분쇄골절이 중복된 경우 또는 상완골 삼각골절 12. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	100만원	1. 상박골 분쇄성 골절 2. 척추체의 압박골절이 있으나 제신경증상이 없는 상해 또는 경추 탈구(아탈구 포함),골절 등으로 경추보조기(할로베스트) 등 고정술을 시행한 상해 3. 두개골 골절로 신경학적 증상이 현저한 상해 (48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) 4. 내부장기 파열과 골반골 골절이 동반된 상해 또는 골반골 골절 과 요도 파열이 동반된 상해 5. 슬관절 탈구 6. 족관절부 골절과 골절성 탈구가 동반된 상해

상해 급별	지급금액	상 해 내 용
2급	100만원	7. 척골 간부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해 8. 천장골간 관절 탈구 9. 슬관절 전·후십자인대 및 내측부인대 파열과 내·외측 반월상 연골이 전부 파열된 상해 10. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	100만원	1. 상박골 경부 골절 2. 상박골 과부 골절과 주관절 탈구가 동반된 상해 3. 요골과 척골의 간부골절이 동반된 상해 4. 수근 주상골 골절 5. 요골 신경손상을 동반한 상박골 간부 골절 6. 대퇴골 간부 골절(소아의 경우에는 수술을 시행한 경우만 해당하며, 그외의 사람의 경우에는 수술의 수행여부를 불문한다) 7. 무릎골(슬개골을 말한다. 이하 같다) 분쇄골절과 탈구로 인하여 무릎골 완전 적출술을 시행한 상해 8. 경골 과부 골절이 관절면이 손상되는 상해(경골극 골절로 관혈적 수술을 시행한 경우를 포함한다) 9. 족근 골척골간 관절 탈구와 골절이 동반된 상해 또는 족근중족(Lisfranc)관절의 골절 및 탈구 10. 전·후십자인대 또는 내외측 반월상 연골 파열과 경골극 골절 등이 복합된 슬내장 11. 복부 내장 파열로 수술이 불가피한 상해 또는 복강내 출혈로 수술한 상해 12. 뇌손상으로 뇌신경 마비를 동반한 상해 13. 중증도의 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 신경학적 증상이 심한 상해 (48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수 상태가 지속되는 경우를 말한다.) 14. 개방성 공막 열창으로 양쪽 안구가 파열되어 양안 적출술을 시행한 상해 15. 경추궁의 선상 골절 16. 항문 파열로 인공항문 조성술 또는 요도파열로 요도성형술을 시행한 상해 17. 대퇴골 과부 분쇄 골절로 인하여 관절면이 손상되는 상해 18. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해

상해 급별	지급금액	상 해 내 용
4급	100만원	1. 대퇴골 과부(원부위, 과상부 및 대퇴과간을 포함한다)골절 2. 경골 간부 골절, 관절면 침범이 없는 경골 과부 골절 3. 거골 경부 골절 4. 슬개인대 파열 5. 견갑 관절부위 회선근개 골절 6. 상박골 외측상과 전위 골절 7. 주관절부 골절과 탈구가 동반된 상해 8. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 9. 안구 파열로 적출술이 불가피한 상해 또는 개방성 공막열창으로 안구적출술, 각막 이식술을 시행한 상해 10. 대퇴 사두근, 이두근 파열로 관혈적 수술을 시행한 상해 11. 슬관절부의 내·외측부 인대, 전·후십자인대, 내·외측반월상연골 완전 파열 (부분 파열로 수술을 시행한 경우를 포함한다) 12. 관혈적 정복술을 시행한 소아의 경골·비골(腓骨, 종아리뼈) 아래 3분의1 이상의 분쇄성 골절 13. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	50만원	1. 골반골의 중복 골절(말가이그니씨 골절 등을 포함한다) 2. 족관절부의 내외과 골절이 동반된 상해 3. 족종골 골절 4. 상박골 간부 골절 5. 요골 원위부 (Colles,Smith,수근관절면,요골원위 골단 골절을 포함한다)골절 6. 척골 근위부 골절 7. 다발성 늑골(갈비뼈) 골절로 혈흉, 기흉이 동반된 상해 또는 단순 늑골(갈비뼈) 골절과 혈흉, 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 상해 8. 족배부 근건(힘줄) 파열창 9. 수장부 근건(힘줄) 파열창(상완심부 열창으로 삼각근, 이두근 근건(힘줄) 파열을 포함한다) 10. 아킬레스건(힘줄) 파열

상해 급별	지급금액	상 해 내 용
5급	50만원	11. 소아의 상박골 간부 골절(분쇄골절을 포함한다)로 수술한 상해 12. 결막, 공막, 망막 등의 자체 파열로 봉합술을 시행한 상해 13. 거골 골절(경부는 제외한다) 14. 관혈적 정복술을 시행하지 아니한 소아의 경골·비골(腓骨, 종아리뼈) 아래의 3분의 1이상의 분쇄 골절 15. 관혈적 정복술을 시행한 소아의 경골 분쇄 골절 16. 23치 이상의 치아보철을 필요로 하는 상해 17. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	50만원	1. 소아의 하지 장관골 골절 (분쇄 골절 또는 성장판 손상을 포함한다) 2. 대퇴골 대전자부 절편 골절 3. 대퇴골 소전자부 절편 골절 4. 다발성 발바닥뼈(중족골을 말한다. 이하 같다) 골절 5. 치골·좌골·장골·천골의 단일 골절 또는 미골 골절로 수술한 상해 6. 치골 상·하지 골절 또는 양측 치골 골절 7. 단순 손목뼈 골절 8. 요골 간부 골절(원위부 골절은 제외한다) 9. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 10. 척골 주두부 골절 11. 다발성 손바닥뼈(중수골을 말한다. 이하 같다) 골절 12. 두개골 골절로 신경학적 증상이 경미한 상해 13. 외상성 경막하 수종, 수활액 낭종, 지주막하 출혈등으로 수술하지 아니한 상해(천공술을 시행한 경우를 포함한다) 14. 늑골(갈비뼈) 골절이 없이 혈흉 또는 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 상해 15. 상박골 대결절 견연 골절로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골 또는 대퇴골 과부 견연 골절 17. 19치 이상 22치 이하의 치아보철을 필요로 하는 상해 18. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해

상해 급별	지급금액	상 해 내 용
7급	50만원	1. 소아의 상지 장관골 골절 2. 족관절 내과골 또는 외과골 골절 3. 상박골 상과부 굴곡 골절 4. 고관절 탈구 5. 견갑 관절 탈구 6. 견봉쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉쇄골간 인대파열 7. 족관절 탈구 8. 천장관절 이개 또는 치골 결합부 이개 9. 다발성 안면두개골 골절 또는 신경손상과 동반된 안면 두개골 골절 10. 16치 이상 18치 이하의 치아보철을 필요로 하는 상해 11. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	10만원	1. 상박골 절과부 신전 골절 또는 상박골 대결절 견연골절로 수술하지 아니한 상해 2. 쇄골 골절 3. 주관절 탈구 4. 견갑골(어깨뼈) (견갑골극 도는 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오훼돌기를 포함한다)골절 5. 견봉쇄골 인대 또는 오구쇄골 인대 완전 파열 6. 주관절내 상박골 소두 골절 7. 비골(腓骨, 종아리뼈)골절, 비골(腓骨, 종아리뼈) 근위부 골절(신경손상 또는 관절면 손상을 포함한다) 8. 발가락뼈(족지골을 말한다. 이하 같다)의 골절과 탈구가 동반된 상해 9. 다발성 늑골(갈비뼈) 골절 10. 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 신경학적 증상이 경미한 상해 11. 안면부 열창, 두개부 타박 등에 의한 뇌손상이 없는 뇌신경 손상 12. 상악골(위턱뼈), 하악골(아래턱뼈), 치조골, 안면 두개골 골절 13. 안구적출술없이 시신경의 손상으로 실명된 상해 14. 족부 인대 파열(부분 파열은 제외한다) 15. 3치이상 15치 이하의 치아보철을 필요로 하는 상해 16. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해

상해 급별	지급금액	상 해 내 용
9급	10만원	1. 척추골의 극상돌기, 횡돌기 골절 또는 하관절 돌기 골절(다발성 골절을 포함한다) 2. 요골 골두골 골절 3. 완관절내 월상골 전방 탈구 등 손목뼈 탈구 4. 손가락뼈(수지골을 말한다. 이하 같다)의 골절과 탈구가 동반된 상해 5. 손바닥뼈 골절 6. 수근 골절(주상골은 제외한다) 7. 발목뼈(족근골을 말한다) 골절(거골·종골은 제외한다) 8. 발바닥뼈 골절 9. 족관절부 염좌, 경골·비골(腓骨, 종아리뼈) 이개, 족부 인대 또는 아킬레스건(힘줄)의 부분파열 10. 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈) 늑연골 골절 또는 단순 늑골(갈비뼈) 골절과 혈흉, 기흉 이 동반되어 수술을 시행하지 아니한 경우 11. 척추체간 관절부 염좌로서 그 부근의 연부조직(인대·근육 등) 손상이 동반된 상해 12. 척수 손상으로 마비증상이 없고 수술을 시행하지 아니한 경우 13. 완관절 탈구(요골, 손목뼈 관절 탈구 또는 수근간 관절탈구, 하요척골 관절 탈구를 포함한다) 14. 미골 골절로 수술하지 아니한 상해 15. 슬관절부 인대의 부분 파열로 수술을 시행하지 아니한 경우 16. 11치 이상 12치 이하의 치아보철을 필요로 하는 상해 17. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	10만원	1. 외상성 슬관절내 혈종(활액막염을 포함한다) 2. 손바닥뼈 지골간 관절 탈구 3. 손목뼈 손바닥뼈간 관절 탈구 4. 상지부 각 관절부(견관절, 주관절, 완관절)염좌 5. 척골·요골 경상돌기 골절, 제불완전골절(비골(鼻骨, 코뼈) 골절·손가락뼈 골절 및 발가락뼈 골절은 제외한다) 6. 손가락 신전근건(힘줄) 파열 7. 9치 이상 10치 이하의 치아보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해

상해 급별	지급금액	상 해 내 용
11급	10만원	1. 발가락뼈 관절 탈구 및 염좌 2. 손가락 골절·탈구 및 염좌 3. 비골(鼻骨, 코뼈) 골절 4. 손가락뼈 골절 5. 발가락뼈 골절 6. 뇌진탕 7. 고막 파열 8. 6치 이상 8치 이하의 치아보철을 필요로 하는 상해 9. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	10만원	1. 8일 이상 14일 이하의 입원을 필요로 하는 상해 2. 15일 이상 26일 이하의 통원을 필요로 하는 상해 3. 4치 이상 5치 이하의 치아보철을 필요로 하는 상해
13급	10만원	1. 4일 이상 7일 이하의 입원을 필요로 하는 상해 2. 8일 이상 14일 이하의 통원을 필요로 하는 상해 3. 2치 이상 3치 이하의 치아보철을 필요로 하는 상해
14급	10만원	1. 3일 이하의 입원을 필요로 하는 상해 2. 7일 이하의 통원을 필요로 하는 상해 3. 1치 이하의 치아보철을 필요로 하는 상해

<비 고>

1. 2급부터 11급까지의 상해내용중 개방성 골절은 해당 등급보다 한 등급 높이 적용한다.
2. 2급부터 11급까지의 상해 내용중 단순성 선상 골절로 인한 골편의 전위가 없는골절은 해당 등급보다 한 등급 낮게 적용한다.
3. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해로부터 하위 3등급(예: 상해내용이 주로 2급에 해당되는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높이 적용하며 각각 더하지 않는다. 이 때 위 1, 2는 적용하지 아니한다.
4. 일반 외상과 치아보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 1급의 금액을 초과하지 아니하는 범위에서 상해 등급별 해당 금액을 더한 금액을 적용한다.