보험약관 쉽게 이해하기

√ 보험약관은 중요합니다.

• 보험약관은 보험계약에 관한 보험회사와 계약자의 권리와 의무, 보험금 지급에 관한 사항 등 중요한 사항을 기재하고 있으므로 반드시 확인하시기 바라며, 향후 필요시에 참조하시기 바랍니다.

√ 보험약관은 법규정에 따라 작성됩니다.

• 보험약관은 보험업감독규정시행세칙에 마련된 표준 약관 (별표 15)을 준용하여 금융감독원의 감독下에 작성됩니다.

√ 중요사항에 대해서는 설명을 받으시기 바랍니다.

• 보험약관의 전체적인 구성을 먼저 이해하신 후, 중요한 사항에 대해서는 설명을 받고, 보험계약을 체결하시기 바랍니다.

√ 본 약관은 보험 가이드편과 보험약관 및 추가 안내 사항으로 구성되어 있습니다.

보험 가이드편	보험 약관	고객 안내사항
• 목 차 • 보험용어 해설 • 주요내용 요약서 • 가입자 유의사항 • 본 상품 주요내용	• 보통약관 • 특별약관 • 별 표	• 개인신용정보 제공 • 활용 고객권리 안내문 • 주요 전화번호 / 주소

☞ **삼성화재 홈페이지 (www.samsungfire.com) 내 상품공시실에서도 보험약관과 상품요약서를 조회 하실 수 있습니다.**

목 차

무배당 삼성화재 통합보험 SuperⅤ(s1104)의 보통약관 및 특별약관은 2011년 4월 1일 이후 신계약에 대하여 적용합니다.

보험약관 쉽게 이해하기 ····· 1
보험용어 해설 ····· 6
주요내용 요약서 ····· 8
가입자 유의사항 ····· 11
주요내용 ····· 15
개인신용정보 제공 · 이용에 대한 고객 권리 안내문 ····· 44

보통약관

제1장 보통약관의 공통사항 ····· 48
제1조(총칙)
제2조(보통약관의 가입)
제3조(가입대상자)
제4조(대표 계약자의 지정)

제2장 신체관련 보통약관 ····· 50

제1관 계약의 성립과 유지 ····· 50
제1조(계약의 성립)
제2조(청약의 철회)
제3조(약관교부 및 설명의무 등)
제4조(계약의 무효)
제5조(계약내용의 변경 등)
제6조(계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회)
제7조(계약의 소멸)
제8조(보험나이 등)

제2관 보험료의 납입 등 ····· 53
제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
제10조(제2회 이후 보험료의 납입)
제11조(보험료의 자동대출납입)
제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))
제14조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

제3관 보험금의 지급 ····· 55
제15조(보험금의 종류 및 지급사유)
제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
제18조(해지환급금)
제19조(배당금의 지급)
제20조(소멸시효)

제4관 계약 전 알릴 의무 등 ····· 58
제21조(계약 전 알릴 의무)
제22조(상해보험계약 후 알릴 의무)
제23조(알릴 의무 위반의 효과)
제24조(중대사유로 인한 해지)
제25조(사기에 의한 계약)

제5관 보험금 지급의 절차 등 ····· 60
제26조(주소변경통지)
제27조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)
제28조(대표 보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)
제29조(보험금 지급사유의 통지)
제30조(보험금 등 청구시 구비서류)
제31조(보험금의 지급)
제32조(환급금의 지급)
제33조(보험금 받는 방법의 변경)
제34조(계약내용의 교환)
제35조(보험계약대출)

제6관 분쟁조정 등 ····· 63
제36조(분쟁의 조정)
제37조(관할법원)
제38조(약관의 해석)
제39조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)
제40조(회사의 손해배상책임)
제41조(회사의 파산선고와 해지)
제42조(예금보험기금에 의한 지급보장)
제43조(준거법)

특별약관

2. 상해관련 특별약관 일반조항 ····· 66
2-1. 상해 사망 및 후유장해 특별약관 ····· 66
2-2. [갱신형] 상해 사망 및 후유장해 특별약관 ····· 69
2-3. 상해 사망 및 고도후유장해 특별약관 ····· 71
2-4. [갱신형] 상해 사망 및 고도후유장해 특별약관 ····· 73
2-5. 교통상해 사망 및 후유장해(운전자용) 특별약관 ····· 75
2-6. [갱신형] 교통상해 사망 및 후유장해(운전자용) 특별약관 ····· 78
2-7. 교통상해 사망 및 후유장해(비운전자용) 특별약관 ····· 81
2-8. [갱신형] 교통상해 사망 및 후유장해(비운전자용) 특별약관 ····· 85
2-9. 교통상해 사망 및 후유장해(영업용운전자용) 특별약관 ····· 88
2-10. [갱신형] 교통상해 사망 및 후유장해(영업용운전자용) 특별약관 ····· 91
2-11. 상해 소득보상금(50%이상) 특별약관 ····· 94
2-12. [갱신형] 상해 중증장해(50%이상) 생활자금 특별약관 ····· 96
2-13. 상해 고도장해(80%이상) 생활자금 특별약관 ····· 98
2-14. [갱신형] 상해 고도장해(80%이상) 생활자금 특별약관 ····· 100
2-15. 뇌 · 내장손상 수술비 특별약관 ····· 102
2-16. [갱신형] 뇌 · 내장손상 수술비 특별약관 ····· 103
2-17. 중대 화상 · 부식 진단비 특별약관 ····· 105
2-18. [갱신형] 중대 화상 · 부식 진단비 특별약관 ····· 106
2-19. 상해 가족생활지원금 특별약관 ····· 107
2-20. [갱신형] 상해 후유장해 특별약관 ····· 109
2-21. [갱신형] 상해 입원일당(1일이상) 특별약관 ····· 111
2-22. [갱신형] 상해 입원일당(4일이상) 특별약관 ····· 112
2-23. [갱신형] 골절 진단비(치아파절 제외) 특별약관 ····· 113
2-23-1. [갱신형] 5대 골절진단비 추가특별약관 ····· 114
2-24. [갱신형] 상해 장기입원비(31일이상) 특별약관 ····· 115
2-25. [갱신형] 화상 진단비 특별약관 ····· 116
2-26. [갱신형] 강력범죄 위로금 특별약관 ····· 116
2-27. [갱신형] 5대 골절수술비 특별약관 ····· 118

2-28. [갱신형] 상해흉터복원 수술비 특별약관……119
3. 질병관련 특별약관 일반조항…… 121
3-1. 질병 사망 및 고도후유장해 특별약관…… 121
3-2. [갱신형] 질병 사망 및 고도후유장해 특별약관…… 123
3-3. 암 사망 및 고도후유장해(최초계약용) 특별약관……126
3-4. [갱신형] 암 사망 및 고도후유장해(최초계약용) 특별약관…… 130
3-5. 암 사망 및 고도후유장해(갱신계약용) 특별약관……133
3-6. [갱신형] 암 사망 및 고도후유장해(갱신계약용) 특별약관…… 136
3-7. 질병 고도장해 재활자금 특별약관…… 139
3-8. [갱신형] 질병 고도장해 재활자금 특별약관……141
3-9. 질병 가족생활지원금 특별약관…… 143
3-10. [갱신형] 암 진단비(최초계약용) 특별약관……145
3-11. [갱신형] 암 진단비(갱신계약용) 특별약관……148
3-12. [갱신형] 암 입원일당(최초계약용) 특별약관……151
3-13. [갱신형] 암 입원일당(갱신계약용) 특별약관……155
3-14. [갱신형] 고액치료비암 진단비(최초계약용) 특별약관……158
3-15. [갱신형] 고액치료비암 진단비(갱신계약용) 특별약관……161
3-16. [갱신형] 뇌출혈 진단비(최초계약용) 특별약관……163
3-17. [갱신형] 뇌출혈 진단비(갱신계약용) 특별약관……164
3-18. [갱신형] 급성심근경색증 진단비(최초계약용) 특별약관……165
3-19. [갱신형] 급성심근경색증 진단비(갱신계약용) 특별약관……167
3-20. [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비(최초계약용) 특별약관……168
3-21. [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비(갱신계약용) 특별약관……170
3-22. [갱신형] 질병 입원일당(1일이상) 특별약관…… 171
3-23. [갱신형] 질병 입원일당(4일이상) 특별약관…… 173
3-24. [갱신형] 질병 장기입원비(31일이상) 특별약관……175
3-25. [갱신형] 5대장기이식 수술비 특별약관…… 177
3-26. [갱신형] 조혈모세포이식 수술비 특별약관……179
3-27. [갱신형] 음식매개 세균성장염 위로금 특별약관…… 180
3-28. [갱신형] 중대한뇌졸중 진단비(최초계약용) 특별약관……182
3-29. [갱신형] 중대한뇌졸중 진단비(갱신계약용) 특별약관……184
4. 실손의료비관련 특별약관 일반조항…… 186
4-1. [갱신형] 실손의료비 특별약관……187
5. 재물관련 특별약관 일반조항…… 222
5-1. [갱신형] 화재 및 붕괴 등의 손해(II) 특별약관…… 228
5-1-1. [갱신형] 특수건물 추가특별약관……231
5-1-2. [갱신형] 신체손해 배상책임 추가특별약관…… 232
5-1-2-가. [갱신형] 신규특수건물의 안전점검 전 선계약 추가특별약관…… 236
5-2. [갱신형] 화재 대물배상책임 특별약관…… 237
5-3. [갱신형] 도난손해 특별약관……241
6. 배상책임관련 특별약관 일반조항…… 244
6-1. [갱신형] 가정 일상생활(화재대물배상제외) 배상책임 특별약관…… 248
6-2. [갱신형] 임차자(화재, 폭발 · 파열, 소요노동쟁의) 배상책임 특별약관……251
7. 비용손해관련 특별약관(자가용운전자용) 일반조항…… 256
7-1. [갱신형] 벌금 특별약관……257
7-2. [갱신형] 교통사고처리지원금 특별약관……258
7-3. [갱신형] 방어비용 특별약관……260
7-4. [갱신형] 방어비용(약소기소 제외) 특별약관…… 260
7-가. 비용손해관련 특별약관(영업용운전자용) 일반조항…… 262
7-가-1. [갱신형] 벌금(영업용운전자용) 특별약관…… 263
7-가-2. [갱신형] 방어비용(영업용운전자용) 특별약관…… 264
7-가-3. [갱신형] 면허정지 위로금(영업용운전자용) 특별약관…… 265
7-가-4. [갱신형] 면허취소 위로금(영업용운전자용) 특별약관…… 266

7-가-5. [갱신형] 방어비용(약식기소 제외)(영업용운전자용) 특별약관 267
7-가-6. [갱신형] 교통사고처리지원금(영업용운전자용) 특별약관 268
8. 보험료 충당 특별약관 270
8-1. 보험료 충당 특약 자동갱신 추가특별약관 273
9. 보장계약 자동갱신 특별약관 275
10. 특별조건부 특별약관 277
11. 특정 부위·질병 부담보 특별약관 279
12. 건강우대 특별약관 281
13. 선지급서비스 특별약관 283
14. 계약분리 특별약관 285

별 표

【별표 1】장해분류표 288
<붙임 : 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표> 302
【별표-상해1】뇌· 내장손상 분류표 303
【별표-상해2】골절(치아파절 제외) 분류표 305
【별표-상해3】화상 분류표 306
【별표-상해4】5대 골절 분류표 307
【별표-질병1】질병 고도장해 판정기준 308
【별표-질병2】뇌출혈 분류표 314
【별표-질병3】급성심근경색증 분류표 314
【별표-질병4】악성신생물 분류표 315
【별표-질병5】제자리신생물 분류표 316
【별표-질병6】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 317
【별표-질병7】특정부위·질병 분류표 318
【별표-질병8】만성당뇨합병증 분류표 320
【별표-질병9】고액치료비암 분류표 321
【별표-질병10】음식매개 세균성 장염 분류표 322
【별표-실손의료비1】질병입원형·질병통원형·종합입원형(질병입원)·
종합통원형(질병통원)에서 보상하지 아니하는 질병 323
【별표-재물1】화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 제8조 324
동법시행령 제5조 및 제8조 324
동법 시행규칙 제2조 325
【별표-재물1.1】상해급별 보험금액표 326
【별표-재물1.2】후유장해급별 보험금액표 331
【별표-비용1】교통사고 처리 특례법 제3조 2항 단서 337
【별표-기타1】보장성 공시이율Ⅰ에 관한 사항 339

독립특별약관

1. 이륜자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관 342
2. 보험료 자동납입 특별약관 343
3. 지정대리청구서비스 특별약관 344

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(책임개시일)

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

보험계약일

보험계약자와 보험회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

보험금

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

보장보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료

적립보험료

회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료

적립부분 순보험료

적립보험료에서 사업비를 제외한 금액

책임준비금

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

해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

보험나이

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

[갱신형] 특별약관

최초 보험가입 후 3년마다 갱신을 통해 보통약관의 보험나이 100세 또는 80세(자녀는 33세) 계약해당일까지 보장해 주는 보장

주요내용 요약서

자필서명

보험계약자와 피보험자(보험대상자)가 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 날부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있으며, 통신판매 계약의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 납입한 제1회 보험료를 돌려 드립니다.

계약취소

계약청약시 보험약관과 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 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 이 계약의 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 피보험자(보험대상자)의 서면동의를 얻지 아니한 경우
- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
- 계약체결시 피보험자(보험대상자)의 나이가 계약에서 정한 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

계약의 무효(재물보장 관련)

계약을 맺을 때에 보험목적에 사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

계약의 무효(배상책임 관련)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

계약의 소멸(신체보장 관련)

이 보험계약은 피보험자(보험대상자)의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

계약의 소멸(재물보장 관련)

이 보험계약은 지급보험금이 한 번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 함)의 80%를 넘을 때 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보험목적에 대한 계약은 소멸됩니다.

보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후의 보험료의 납입을 연체하는 경우 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 납입최고(독촉)하고 그 때까지 해당보험료를 납입하지 않을 경우 계약이 해지됩니다.

해지계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 피보험자(보험대상자)의 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.

계약 전·후 알릴 의무

① 계약 전 알릴 의무
보험계약자, 피보험자(보험대상자) 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 상해보험계약 후 알릴 의무
보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- 피보험자(보험대상자)가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우
- 보험목적을 양도하거나, 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우

③ 알릴 의무 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

신체손해에 관한 보험금은 회사가 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 지급하여 드립니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급일 초과가 명백히 예상되는 경우 구체적인 사유와 지급예정일 등을 피보험자(보험대상자) 또는 수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여 드립니다. 배상책임손해 및 재산손해에 대한 보험금은 회사가 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 지급하여 드립니다.
만약 지급일 내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

대위권(재물 관련)

회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우 포함)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우의 손해배상청구권 및 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우 그 대위권의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

대위권(배상책임 관련)

회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자(보험대상자)가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

중도인출

계약일부터 6개월 이후 계약이 유효한 경우 매보험년도마다 4회에 한하여 인출시점의 적립부분 해지환급금(다만, 이 약관에서 정한 대출금이 있을 경우에는 그 원리합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 함)의 80%한도 내에서 인출할 수 있음

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 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 무배당 삼성화재 통합보험 superV(s1104)의 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

가입자 유의사항

□ 보험계약관련 특히 유의할 사항

√『보험계약관련 유의사항』

보험계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급 받지 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 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

부활(효력회복)계약의 암보장 개시일

- 보험나이 15세 이상은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

건강보험

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- [갱신형] 특별약관은 갱신시 연령증가 및 적용요율의 변동(의료비 상승, 위험률 변동 등)에 따라 갱신보험료가 인상될 수 있습니다.

재물 및 배상책임 관련 보장

- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

[갱신형] 특별약관

- [갱신형] 특별약관의 보험기간은 3년만기로, 최초가입 후 3년마다 갱신을 통해 보험나이 100세 또는 80세까지(자녀의 경우 33세까지) 보장받을 수 있습니다.

- [갱신형] 특별약관의 보험료는 매 3년마다 갱신시 연령증가 및 적용요율의 변동(의료비 상승, 위험률 등)에 따라 인상될 수 있으며, 갱신시에는 인상된 갱신보험료를 추가로 납입하여야 계약이 정상유지 됩니다.

보험료충당 특별약관

- 보험료충당 특별약관은 별도의 의사표시가 없는 한, 매3년마다 계약해당일에 계약기간 내에서 자동으로 갱신되며, 3년만기시에는 적립순보험료를 「이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ」로 부리한 원리금 합계액을 만기환급금으로 지급하여 드립니다. 다만 최저보증이율은 연복리 1.5%로 합니다.

면책기간 및 감액지급 관련 특별약관에 관한 사항

- 보험나이 15세 이상이 암 사망 및 고도후유장해(최초계약용)(단, 기타피부암, 갑상선암 제외), [갱신형] 암 사망 및 고도후유장해(최초계약용)(단, 기타피부암, 갑상선암 제외), [갱신형] 암 진단비(최초계약용)(단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외), [갱신형] 암 입원일당(최초계약용)(단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외), [갱신형] 고액치료비암 진단비(최초계약용)를 가입한 경우 최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 일정기간 보장하지 않는 기간이 90일입니다.
- 암 사망 및 고도후유장해(최초계약용), [갱신형] 암 사망 및 고도후유장해(최초계약용), [갱신형] 암 진단비(최초계약용), [갱신형] 고액치료비암 진단비(최초계약용), [갱신형] 뇌출혈진단비(최초계약용), [갱신형] 급성심근경색증진단비(최초계약용), [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비(최초계약용), [갱신형] 중대한뇌졸중 진단비(최초계약용)는 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급 사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하는 보장입니다.

√『해지환급금 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 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 또한, 해지환급금은 보장성 공시이율Ⅰ의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출여부 등에 따라 달라질 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

암 관련 보장

- 보험나이 15세 이상이 암관련 보장에 가입한 경우 최초 보험가입 또는 부활(효력회복)일부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일부터 일정기간(예 1년 등)이내인 경우 보험금이 감액 지급될 수 있습니다.
- 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」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] 상해 입원일당(1일이상), [갱신형] 상해 입원일당(4일이상), [갱신형] 질병 입원일당(1일이상), [갱신형] 질병 입원일당(4일이상), [갱신형] 상해 장기입원비(31일이상) 또는 [갱신형] 질병 장기입원비(31일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

상해 관련 보장

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

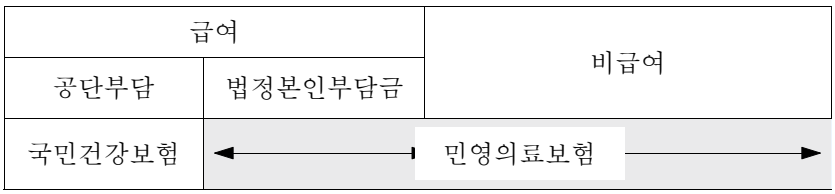
만 15세 미만 사망 관련 보장

- 피보험자(보험대상자)가 만 15세 미만에 사망시 책임준비금과 이미 납입한 보험료 중 큰 금액을 지급하여 드립니다.

실손의료비 관련 보장

- 발생의료비 중 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 비급여를 더한 금액에서 약관에서 정한 자기부담금을 공제한 금액을 보장해 주며, 약관상 보상하지 않는 사항에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.

<민영의료보험과 국민건강보험의 보장부분>



- 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 2개 이상 가입하더라도 실제 부담한 비용을 한도로만 보상받게 되므로, 유사한 보험가입여부 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 특별약관 중「상해입원형」,「질병입원형」,「종합입원형」에서 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해 또는 하나의 질병당 해당 특별약관의 보험가입금액을 한도로 지급합니다. 단, 산재보험 또는 자동차보험에서 보상받은 경우는 제외합니다.
- [갱신형] 실손의료비 특별약관 중「상해통원형」,「질병통원형」,「종합통원형」에서 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 약관에서 정한 공제금액을 차감한 금액의 40% 해당액을 해당 외래 및 처방조제의료비의 보험가입금액을 한도로 지급합니다. 단, 산재보험 또는 자동차보험에서 보상받은 경우는 제외합니다.

재물관련 보장 등에서 일부보험의 경우 비례보상에 관한 사항

- 임차자배상책임 특별약관은 보험가입금액이 보험가액보다 적을 경우에는 약관에 정한 바에 따라 비례 보상합니다.

배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104)의 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅴ(s1104) 주요내용

● 문답식 상품해설 (Q & A)

Q) 이 상품을 가입하면 받을 수 있는 보장은 어떤 것이 있나요?

A) 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅴ(s1104)는 단지 한 사람만이 아니라 가족구성원 전체를 하나의 보험증권(보험가입증서)로 가입하실 수 있으며, 상해나 질병으로 인한 위험뿐만 아니라 자동차, 재물, 배상책임, 비용손해 관련 손해까지 고객의 선택에 따라 통합하여 보장받으실 수 있습니다.

Q) 3년 뒤에 내야할 보험료가 바뀔 수도 있다는 게 무슨 뜻인가요?

A) 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅴ(s1104)의 보험료는

① 상해 사망·후유장해, 질병사망 특별약관 등과 같이 100세, 80세, 70세, 60세, 50세만기까지 보장하면서 보험료가 변동되지 않는 연령만기 보장보험료,

② 실손의료비, 진단비, 입원일당, 재물, 배상책임, 비용손해 특별약관 등과 같이 3년 단위로 보장하면서 갱신시점마다 보험료가 변동되는 3년만기 보장보험료,

③ 자동차 보통약관 및 자동차관련 특별약관과 같이 1년 단위로 갱신하는 자동차관련 보험료,

④ 보험료 미납시 보험료 충당 특별약관 적립금에서 위 ①~③의 보험료를 대체납입하기 위한 적립보험료(추가적립보험료 포함)로 구성됩니다.

이 중에서 보장계약 자동갱신 특별약관에 의하여 매 3년마다 자동갱신되는 3년만기 보장보험료는 갱신시점에 보험료가 인상될 수 있습니다. 특히, 질병관련 특별약관 및 실손의료비관련 특별약관의 경우 연령증가와 의료비 상승 등에 따라 갱신시점에 인상된 보험료를 적용하게 됩니다.

갱신시 보험료 인상으로 인해 보험료의 미납입이 발생하는 경우 갱신이 거절될 수 있으니, 갱신시에는 반드시 인상된 보험료를 납부하셔야 합니다.

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

A) 네. 있습니다. 이 상품의 보장 中 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	최초보험가입 또는 부활(효력회복) 후 면책 기간	최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유발생시 50% 감액 지급
[갱신형] 뇌출혈 진단비(최초계약용)	없음	○
[갱신형] 중대한뇌졸중 진단비(최초계약용)	없음	○
[갱신형] 급성심근경색증 진단비(최초계약용)	없음	○
[갱신형] 만성당뇨합병증 진단비(최초계약용)	없음	○
암사망 및 고도후유장해(최초계약용) [갱신형] 암사망 및 고도후유장해(최초계약용)	15세미만 : 없음 15세이상 : 90일	○
[갱신형] 암 진단비(최초계약용)		○
[갱신형] 고액치료비암 진단비(최초계약용)		○
[갱신형] 암 입원일당(최초계약용)		×

● 가입요건 등 상품의 특이사항

□ 가입요건

무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅴ(s1104)의 가입요건은 아래의 표와 같습니다.

구 분		보험기간	납입기간	가입연령	가입대상
기본계약	신체관련 보통약관 [상해사망 및 후유장해]	100세 만기	10년납	만15~65세	보험증권(보험가입증서)에 기재된 본인,배우자
			15년납	만15~65세	
			20년납	만15~60세	
			25년납	만15~55세	
	자동차관련 보통약관 [대인배상Ⅰ,대인배상Ⅱ, 대물배상, 자기신체사고, 무보험자동차에 의한 상해, 자기차량손해]	1년만기	1년납	-	보험증권(보험가입증서)에 기재된 본인 및 가족의 자동차
자동차관련 특별약관		1년만기	1년납	-	
상해관련특별약관	· [갱신형] 상해사망 및 후유장해 · [갱신형] 상해사망 및 고도후유장해 · [갱신형] 교통상해 사망 및 후유장해(운전자용) · [갱신형] 교통상해 사망 및 후유장해(비운전자용) · [갱신형] 교통상해 사망 및 후유장해(영업용운전자용)	3년만기	3년납	만15~57세	보험증권(보험가입증서)에 기재된 본인 및 가족
	· 상해사망 및 후유장해 · 상해사망 및 고도후유장해 · 교통상해 사망 및 후유장해(운전자용) · 교통상해 사망 및 후유장해(비운전자용) · 교통상해 사망 및 후유장해(영업용운전자용)	50세만기	10년납	만15~40세	
			15년납	만15~35세	
			20년납	만15~30세	
			25년납	만15~25세	
		60세만기	10년납	만15~50세	
			15년납	만15~45세	
			20년납	만15~40세	
			25년납	만15~35세	
		70세만기	10년납	만15~60세	
			15년납	만15~55세	
			20년납	만15~50세	
			25년납	만15~45세	
		80세만기	10년납	만15~65세	
			15년납	만15~65세	
			20년납	만15~60세	
			25년납	만15~55세	
	· 상해사망 및 고도후유장해	100세 만기	10년납	만15~65세	
			15년납	만15~65세	
			20년납	만15~60세	
			25년납	만15~55세	

구 분		보험기간	납입기간	가입연령	가입대상
상해 관련 특별 약관	· [갱신형] 상해 중증장해(50%이상) 생활자금 · [갱신형] 상해 고도장해(80%이상) 생활자금	3년만기	3년납	0~57세	보험증권 (보험가입증서) 에 기재된 본인 및 가족
	· 상해 중증장해(50%이상) 생활자금 · 상해 고도장해(80%이상) 생활자금	60세만기	10년납	만15~50세	
			15년납	만15~45세	
			20년납	만15~40세	
			25년납	만15~35세	
		70세만기	10년납	만15~60세	
			15년납	만15~55세	
			20년납	만15~50세	
			25년납	만15~45세	
	· [갱신형] 뇌 · 내장손상 수술비 · [갱신형] 중대 화상 · 부식 진단비	3년만기	3년납	0~57세	
	· 뇌 · 내장손상 수술비 · 중대 화상 · 부식 진단비	80세만기	10년납	만15~65세	
			15년납	만15~65세	
			20년납	만15~60세	
			25년납	만15~55세	
	· 상해 가족생활지원금	60세만기	10년납	만15~50세	
			15년납	만15~45세	
			20년납	만15~40세	
			25년납	만15~35세	
		70세만기	10년납	만15~60세	
			15년납	만15~55세	
			20년납	만15~50세	
			25년납	만15~45세	
		80세만기	10년납	만15~65세	
			15년납	만15~65세	
			20년납	만15~60세	
			25년납	만15~55세	
	· [갱신형] 상해 입원일당(1일이상) · [갱신형] 상해 입원일당(4일이상) · [갱신형] 골절 진단비(치아파절 제외) · [갱신형] 5대 골절진단비 추가 · [갱신형] 상해 장기입원비(31일이상) • [갱신형] 강력범죄 위로금 • [갱신형] 5대 골절수술비 • [갱신형] 상해흉터복원 수술비	3년만기	3년납	0~65세	
	· [갱신형] 상해 후유장해 · [갱신형] 화상진단비			0~30세	보험증권(보험가입증서)에 기재된 본인의 만30세 이하의 미혼자녀

구 분		보험기간	납입기간	가입연령	가입대상
질병 관련 특별 약관	· [갱신형] 질병사망 및 고도후유장해 · [갱신형] 암사망 및 고도후유장해(최초계약용) · [갱신형] 암사망 및 고도후유장해(갱신계약용)	3년만기	3년납	만15~57세	보험증권 (보험가입증서)에 기재된 본인 및 가족
	· 질병사망 및 고도후유장해 · 암사망 및 고도후유장해(최초계약용) · 암사망 및 고도후유장해(갱신계약용)	50세만기	10년납	만15~40세	
			15년납	만15~35세	
			20년납	만15~30세	
			25년납	만15~25세	
		60세만기	10년납	만15~50세	
			15년납	만15~45세	
			20년납	만15~40세	
			25년납	만15~35세	
		70세만기	10년납	만15~60세	
			15년납	만15~55세	
			20년납	만15~50세	
			25년납	만15~45세	
		80세만기	10년납	만15~65세	
			15년납	만15~65세	
			20년납	만15~60세	
			25년납	만15~55세	
	· [갱신형] 질병 고도장해 재활자금	3년만기	3년납	0~57세	
	· 질병 고도장해 재활자금	60세만기	10년납	만15~50세	
			15년납	만15~45세	
			20년납	만15~40세	
			25년납	만15~35세	
		70세만기	10년납	만15~60세	
			15년납	만15~55세	
			20년납	만15~50세	
			25년납	만15~45세	
	· 질병 가족생활지원금	60세만기	10년납	만15~50세	
			15년납	만15~45세	
			20년납	만15~40세	
			25년납	만15~35세	
		70세만기	10년납	만15~60세	
			15년납	만15~55세	
			20년납	만15~50세	
			25년납	만15~45세	
		80세만기	10년납	만15~65세	
			15년납	만15~65세	
			20년납	만15~60세	
			25년납	만15~55세	

구 분		보험기간	납입기간	가입연령	가입대상
질병 관련 특별 약관	· [갱신형] 암 진단비(최초계약용) · [갱신형] 암 입원일당(최초계약용) · [갱신형] 고액치료비암 진단비(최초계약용) · [갱신형] 질병 입원일당(1일이상) · [갱신형] 질병 입원일당(4일이상) · [갱신형] 질병 장기입원비(31일이상) · [갱신형] 5대장기이식 수술비 · [갱신형] 조혈모세포이식 수술비	3년만기	3년납	0~65세	보험증권 (보험가입증서) 에 기재된 본인 및 가족
	· [갱신형] 암 진단비(갱신계약용) · [갱신형] 암 입원일당(갱신계약용) · [갱신형] 고액치료비암 진단비(갱신계약용)	3년만기	3년납	3~68세	
	· [갱신형] 뇌출혈 진단비(최초계약용) · [갱신형] 급성심근경색증 진단비(최초계약용) · [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비(최초계약용) · [갱신형] 중대한뇌졸중 진단비(최초계약용)	3년만기	3년납	만15~65세	
	· [갱신형] 뇌출혈 진단비(갱신계약용) · [갱신형] 급성심근경색증 진단비(갱신계약용) · [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비(갱신계약용) · [갱신형] 중대한뇌졸중 진단비(갱신계약용)	3년만기	3년납	만18~68세	
	· [갱신형] 음식매개 세균성장염 위로금	3년만기	3년납	0~30세	보험증권(보험 가입증서)에 기재된 본인의 만30세 이하의 미혼자녀
실손 의료 비 관련 특별 약관	· [갱신형] 실손의료비 - 상해입원, 상해통원 - 질병입원, 질병통원 - 종합입원, 종합통원	3년만기	3년납	0~65세	보험증권 (보험가입증서) 에 기재된 본인 및 가족

구 분		보험기간	납입기간	가입연령	가입대상
재물 관련 특별 약관	· [갱신형] 화재 및 붕괴 등의 손해(II) · [갱신형] 특수건물 추가 · [갱신형] 신체손해배상책임 추가 · [갱신형] 화재 대물배상책임 · [갱신형] 도난손해	3년만기	3년납	-	보험증권 (보험가입증서) 에 기재된 본인 및 가족의 주택
배상 책임 관련 특별 약관	· [갱신형] 가정 일상생활(화재대물배상제외) 배상책임 · [갱신형] 임차자(화재,폭발 · 파열,소요노동쟁의) 배상책임	3년만기	3년납	-	보험증권 (보험가입증서) 에 기재된 본인 및 가족의 주택
비용 손해 관련 특별 약관	· [갱신형] 벌금 · [갱신형] 교통사고처리지원금 · [갱신형] 방어비용 · [갱신형] 방어비용(약식기소 제외) · [갱신형] 벌금(영업용운전자용) · [갱신형] 교통사고처리지원금(영업용운전자용) · [갱신형] 방어비용(영업용운전자용) · [갱신형] 방어비용(약식기소 제외) (영업용운전자용) · [갱신형] 면허정지위로금(영업용운전자용) · [갱신형] 면허취소위로금(영업용운전자용)	3년만기	3년납	만18~65세	보험증권 (보험가입증서) 에 기재된 본인 및 가족
보험료 충당 특별약관		3년만기	3년납		-

주) 가입대상「가 족」: 본인, 본인의 배우자, 본인의 가족관계등록부상 부모,
배우자의 가족관계등록부상 부모, 만 30세 이하의 미혼자녀

☞ 이 상품은 피보험자(보험대상자)의 직업, 직무, 기타사항으로 인해 보험가입금액이 제한되거나 인수가 불가능할 수 있으며, 경우에 따라서는 건강진단 결과를 요구할 수도 있습니다.

☞ 이 상품의 기본계약 중 신체관련 보통약관은 반드시 가입하여야 하며, 자동차관련 보통약관은 계약자의 선택에 의하여 가입할 수 있습니다.

☞ 아래에 정한 특별약관을 가입한 경우에는 자동갱신시 연령이 상기 보험가입연령을 초과하더라도 보장계약 자동갱신 특별약관을 통해 아래에 정한 기간까지 담보가 가능합니다. 단, 자녀는 계약연령 최고 33세 계약해당일 전일까지 보장이 가능합니다.

구 분	특별약관	보장가능기간
상해관련 특별약관	·[갱신형] 상해 입원일당(1일이상) ·[갱신형] 상해 입원일당(4일이상) ·[갱신형] 상해 장기입원비(31일이상)	계약연령 100세 계약해당일 전일
	·[갱신형] 골절 진단비(치아파절 제외) ·[갱신형] 5대 골절진단비 추가 •[갱신형] 강력범죄 위로금 •[갱신형] 5대 골절수술비 •[갱신형] 상해흉터복원 수술비	계약연령 80세 계약해당일 전일
질병관련 특별약관	·[갱신형] 질병 입원일당(1일이상) ·[갱신형] 질병 입원일당(4일이상) ·[갱신형] 질병 장기입원비(31일이상)	계약연령 100세 계약해당일 전일
	·[갱신형] 5대장기이식 수술비 ·[갱신형] 조혈모세포이식 수술비 ·[갱신형] 암 진단비(갱신계약용) ·[갱신형] 암 입원일당(갱신계약용) ·[갱신형] 고액치료비암 진단비(갱신계약용) ·[갱신형] 뇌출혈 진단비(갱신계약용) ·[갱신형] 급성심근경색증 진단비(갱신계약용) ·[갱신형] 중대한뇌졸중 진단비(갱신계약용) ·[갱신형] 만성당뇨합병증 진단비(갱신계약용)	계약연령 80세 계약해당일 전일
실손의료비 관련 특별약관	·[갱신형] 실손의료비 - 상해입원, 상해통원 - 질병입원, 질병통원 - 종합입원, 종합통원	계약연령 100세 계약해당일 전일

구 분	특별약관	보장가능기간
재물관련 특별약관	·[갱신형] 화재 및 붕괴 등의 손해(Ⅱ) ·[갱신형] 특수건물 추가 ·[갱신형] 신체손해배상책임 추가 ·[갱신형] 화재 대물배상책임 ·[갱신형] 도난손해	계약연령 80세 계약해당일 전일
배상책임관련 특별약관	·[갱신형] 가정 일상생활(화재대물배상제외) 배상책임 ·[갱신형] 임차자(화재,폭발·파열,소요노동쟁의) 배상책임	
비용손해관련 특별약관	·[갱신형] 벌금 ·[갱신형] 교통사고처리지원금 ·[갱신형] 방어비용 ·[갱신형] 방어비용(약식기소 제외) ·[갱신형] 벌금(영업용운전자용) ·[갱신형] 교통사고처리지원금(영업용운전자용) ·[갱신형] 방어비용(영업용운전자용) ·[갱신형] 방어비용(약식기소 제외)(영업용운전자용) ·[갱신형] 면허정지위로금(영업용운전자용) ·[갱신형] 면허취소위로금(영업용운전자용)	

☞ 아래에 정한 특별약관은 자동갱신 시점에서만 가입이 가능합니다.

구 분	특별약관
질병관련 특별약관	·[갱신형] 암사망 및 고도후유장해(갱신계약용) ·[갱신형] 암 진단비(갱신계약용) ·[갱신형] 암 입원일당(갱신계약용) ·[갱신형] 고액치료비암 진단비(갱신계약용) ·[갱신형] 뇌출혈 진단비(갱신계약용) ·[갱신형] 급성심근경색증 진단비(갱신계약용) ·[갱신형] 중대한뇌졸중 진단비(갱신계약용) ·[갱신형] 만성당뇨합병증 진단비(갱신계약용)

□ 상품구조

① 계약형태

계약기간	최초 계약성립일부터 피보험자(보험대상자) 본인과 배우자 중 저연령자의 보험나이 100세 계약해당일 전일까지의 기간으로 합니다.
보험기간 및 납입기간	피보험자(보험대상자)별, 피보험목적물별(자동차, 건물 등)로 가입요건의 보험기간 및 납입기간을 각각 적용하며 보험계약기간내로 설정합니다.
납입주기	- 기본계약 중 신체관련 보통약관 및 상해, 질병, 실손의료비, 재물, 배상책임, 비용손해 관련 특별약관 : 월납 - 기본계약 중 자동차관련 보통약관 및 자동차관련 특별약관 : 일시납, 2회분납, 2~11회 연속 자동이체납 - 보험료 충당 특별약관 : 월납, 수시납

② 만기환급금

- 기본계약(신체관련, 자동차관련 보통약관) 및 자동차, 상해, 질병, 실손의료비, 재물, 배상책임, 비용손해 관련 특별약관 : 없음
- 보험료 충당 특별약관 : 적립순보험료에 「이 보험의 공시이율Ⅰ」로 부리한 원리금 합계액(최저보증이율 연복리 1.5%)

□ 상품의 특이사항

① 가족 전체의 모든 위험[신체위험(상해, 질병, 실손의료비)과 생활위험(자동차, 재물, 배상책임, 비용손해)]을 하나의 상품으로 보장받을 수 있으며, 고객의 Life Cycle에 맞추어 다양하게 보장을 변경할 수 있는 상품입니다.

② 보험료 충당 특별약관은 계약자의 별도 의사표시가 없는 한 매 3년마다 계약해당일에 계약기간 내에서 자동으로 갱신되며, 3년 만기시 만기환급금을 지급하여 드립니다.

③ 보험료 충당 특별약관을 가입시 실효방지를 위해 계약자가 매월 납입하는 기본보험료 및 일시 또는 분할하여 납입하는 자동차관련 보험료를 해당월 말일까지 납입하지 아니한 경우에는 보험료 충당 특별약관의 해지환급금 범위 내에서 보장보험료 및 자동차관련 보험료를 납입해당월 다음달 10일이내에 자동으로 대체납입합니다. 또한, 계약내용 변경 등에 따라 일시적으로 발생하는 추가보장보험료의 대체납입을 요청할 경우에는 회사는 보험료 충당 특별약관의 해지환급금 범위 내에서 즉시 자동차관련 특별약관의 보험료를 대체납입하여 드립니다.

④ 보장계약 자동갱신 특별약관에 의하여 3년 자동갱신 되는 보장보험료는 갱신시점에 보험료가 인상될 수 있습니다. 특히, 질병관련 특별약관 및 실손의료비관련 특별약관의 경우 연령증가와 의료비 상승 등에 따라 갱신시점에 인상된 보험료를 적용하게 됩니다.

● 장기관련 보험금 지급사유 및 지급 제한사항

□ 지급사유

구 분			지급기준	지급금액
신체관련기본계약	상해	사망 및 고도후유장해	상해사고로 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
		일반후유장해	상해사고로 80%미만 후유장해가 발생한 경우	가입금액의 80% 한도
상해관련특별약관	상해 사망 및 후유장해	사망 및 고도후유장해	상해사고로 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
		일반후유장해	상해사고로 80%미만 후유장해가 발생한 경우	가입금액의 80% 한도
	상해사망 및 고도후유장해 [갱신형] 상해사망 및 고도후유장해		상해사고로 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
	[갱신형] 상해 사망 및 후유장해	사망 및 고도후유장해	상해사고로 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
		일반후유장해	상해사고로 80%미만 후유장해가 발생한 경우	가입금액의 80% 한도
	교통상해 사망 및 후유장해 (운전자용)	사망 및 고도후유장해	교통사고로 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
		일반후유장해	교통사고로 80%미만 후유장해가 발생한 경우	가입금액의 80% 한도
	[갱신형] 교통상해 사망 및 후유장해 (운전자용)	사망 및 고도후유장해	교통사고로 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
		일반후유장해	교통사고로 80%미만 후유장해가 발생한 경우	가입금액의 80% 한도
	교통상해 사망 및 후유장해 (비운전자용)	사망 및 고도후유장해	자동차 비운전중 교통사고로 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
		일반후유장해	자동차 비운전중 교통사고로 80%미만 후유장해가 발생한 경우	가입금액의 80% 한도
	[갱신형] 교통상해 사망 및 후유장해 (비운전자용)	사망 및 고도후유장해	자동차 비운전중 교통사고로 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
		일반후유장해	자동차 비운전중 교통사고로 80%미만 후유장해가 발생한 경우	가입금액의 80% 한도
	· 상해 중증장해(50%이상) 생활자금 · [갱신형] 상해 중증장해(50%이상) 생활자금		상해사고로 50%이상 후유장해가 발생한 경우 (최초 1회한 지급)	10년간 매년 가입금액
	· 상해 고도장해(80%이상) 생활자금 · [갱신형] 상해 고도장해(80%이상) 생활자금		상해사고로 80%이상 후유장해가 발생한 경우 (최초 1회한 지급)	10년간 매년 가입금액
	· 뇌 · 내장손상 수술비 · [갱신형] 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 · [갱신형] 중대 화상 · 부식 진단비		상해사고로 인하여 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식을 입은 경우 (최초 1회한 지급)	가입금액

구 분			지급기준	지급금액
상해 관련 특별 약관	· 상해 가족생활지원금		상해사고로 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	10년간 매년 가입금액
	· [갱신형] 상해 후유장해	고도후유장해	상해사고로 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
		일반후유장해	상해사고로 80%미만 후유장해가 발생한 경우	가입금액의 80% 한도
	· [갱신형] 상해 입원일당(1일이상)		상해사고로 병·의원 등에 입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 입원1일당 일당지급)	가입금액
	· [갱신형] 상해 입원일당(4일이상)		상해사고로 병·의원 등에 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 4일째 입원일부터 입원1일당 일당지급)	(4일이상 1일당) 가입금액
	· [갱신형] 골절진단비(치아파절제외)		상해사고로 약관에 정한 골절(치아파절제외)로 진단 확정된 경우	가입금액
		· [갱신형] 5대 골절진단비 추가	상해사고로 약관에 정한「5대 골절」로 진단 확정된 경우	가입금액
	· [갱신형] 5대 골절수술비		상해사고로 약관에 정한「5대 골절」로 수술을 받은 경우	가입금액
	· [갱신형] 화상진단비		상해사고로 심재성 2도 이상에 해당하는 화상으로 진단 확정된 경우	가입금액
	· [갱신형] 상해 장기입원비(31일이상)		상해사고로 병·의원 등에 31일이상 입원하여 치료를 받은 경우	가입금액
	· [갱신형] 강력범죄위로금		약관에 정한 강력범죄로 사망하거나 신체에 약관에 정한 피해가 발생한 경우	가입금액
	· [갱신형] 상해흉터복원 수술비		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

구 분		지급기준	지급금액
질병 관련 특별 약관	· 질병사망 및 고도후유장해 · [갱신형] 질병사망 및 고도후유장해	보험기간 중 질병으로 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
	· 암사망 및 고도후유장해 (최초계약용) · [갱신형] 암사망 및 고도후유장해 (최초계약용)	보장개시일 이후 암으로 진단 확정되고, 그 암으로 인하여 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우 ※ 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급 사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암의 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 90일이 지난날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암의 보장개시일은 계약일임	가입금액
	· 암사망 및 고도후유장해 (갱신계약용) · [갱신형] 암사망 및 고도후유장해 (갱신계약용)	보장개시일 이후 암으로 진단 확정되고, 그 암으로 인하여 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
	· 질병 고도장해 재활자금 · [갱신형] 질병 고도장해 재활자금	보험기간 중 약관에 정한 질병고도장해가 발생한 경우 (최초 1회한 지급)	10년간 매년 가입금액
	· 질병 가족생활지원금	보험기간 중 질병으로 사망 또는 80%이상 후유 장해가 발생한 경우	10년간 매년 가입금액
	· [갱신형] 암 진단비(최초계약용)	보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급 사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암의 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 90일이 지난날의 다음날(단, 보험나이 15세 미만자는 계약일)이며, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 보장개시일은 계약일임	가입금액 ※ 단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양은 가입금액의 10%
	· [갱신형] 암 진단비(갱신계약용)	보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단 확정된 경우(최초 1회한 지급)	가입금액 ※ 단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양은 가입금액의 10%

구 분		지급기준	지급금액
질병 관련 특별 약관	·[갱신형] 암 입원일당(최초계약용)	보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 병·의원 등에 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우(120일을 한도로 4일째 입원일부터 입원1일당 일당지급) ※ 암의 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 90일이 지난날의 다음날(단, 보험나이 15세미만자는 계약일)이며, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 보장개시일은 계약일임	(4일이상 1일당) 가입금액 ※ 단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양은 가입금액의 20%
	·[갱신형] 암 입원일당(갱신계약용)	보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 병·의원 등에 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우(120일을 한도로 4일째 입원일부터 입원1일당 일당지급)	(4일이상 1일당) 가입금액 ※ 단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양은 가입금액의 20%
	·[갱신형] 고액치료비암 진단비 (최초계약용)	보장개시일 이후 고액치료비암으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 고액치료비암의 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 90일이 지난날의 다음날(단, 보험나이 15세미만자는 계약일)임	가입금액
	·[갱신형] 고액치료비암 진단비 (갱신계약용)	보장개시일 이후 고액치료비암으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급)	가입금액
	·[갱신형] 질병 입원일당(1일이상)	보험기간 중 질병으로 병·의원 등에 입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 입원 1일당 일당 지급)	가입금액
	·[갱신형] 질병 입원일당(4일이상)	보험기간 중 질병으로 병·의원 등에 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 4일째 입원일부터 입원 1일당 일당 지급)	(4일이상 1일당) 가입금액

구 분		지급기준	지급금액
질병 관련 특별 약관	·[갱신형] 질병 장기입원비(31일이상)	보험기간 중 질병으로 병·의원 등에 31일이상 입원하여 치료를 받은 경우	가입금액
	·[갱신형] 5대장기이식 수술비	보험기간 중 상해사고 또는 질병으로 장기수혜자로서 5대장기(심장, 신장, 췌장, 간장, 폐장) 이식수술을 받은 경우 (최초 1회한 지급)	가입금액
	·[갱신형] 조혈모세포이식 수술비	보험기간 중 질병으로 조혈모세포이식 수술을 받은 경우 (최초 1회한 지급)	가입금액
	·[갱신형] 뇌출혈 진단비(최초계약용)	보험기간 중 뇌출혈로 진단 확정된 경우(최초 1회한 지급) ※ 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급 사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
	·[갱신형] 뇌출혈 진단비(갱신계약용)	보험기간 중 뇌출혈로 진단 확정된 경우(최초 1회한 지급)	가입금액
	·[갱신형] 급성심근경색증 진단비 (최초계약용)	보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급 사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
	·[갱신형] 급성심근경색증 진단비 (갱신계약용)	보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급)	가입금액
	·[갱신형] 중대한뇌졸중 진단비 (최초계약용)	보험기간 중 약관에 정한 중대한뇌졸중으로 진단 확정된 경우(최초 1회한 지급) ※ 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급 사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
	·[갱신형] 중대한뇌졸중 진단비 (갱신계약용)	보험기간 중 약관에 정한 중대한뇌졸중으로 진단 확정된 경우(최초 1회한 지급)	가입금액
	·[갱신형] 만성당뇨합병증 진단비 (최초계약용)	보험기간 중 만성당뇨합병증으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급 사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
	·[갱신형] 만성당뇨합병증 진단비 (갱신계약용)	보험기간 중 만성당뇨합병증으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급)	가입금액
	·[갱신형] 음식매개 세균성장염 위로금	보험기간 중 음식물의 섭취로 인해 중독이 발생하고, 그 직접적인 결과로 약관에 정한 음식매개 세균성장염으로 병원 또는 의원에 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	가입금액

구 분			지급기준	지급금액
실손의료비 관련 특별약관	[갱신형] 실손의료비	상해입원	상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우(하나의 상해당 최초입원일부터 365일까지 보상) ① 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하「요양급여」라 함) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하「의료급여」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) ※ 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우(요양급여 또는 의료급여 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(본인부담금 상한제) - 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액(의료급여상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) ■ 기타 보상하지 않는 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.	①+②의 의료비를 **보험가입금액 한도**로 보상

<table>
<tr><th colspan="3">구 분</th><th>지급기준</th><th>지급금액</th></tr>
<tr>
<td>실손의료비 관련 특별약관</td>
<td>[갱신형] 실손 의료비</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) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하「의료급여」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 또는 의료급여 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, 상급종합병원 : 2만원</td></tr>
<tr><td>처방조제비</td><td>- 약국 : 8천원</td></tr>
</table>
※ 공제금액에서 정한 의료기관의 세부구분은 약관을 참조하시기 바랍니다.

※ 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우(요양급여 또는 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우 포함)에는 본인이 실제로 부담한 금액에서 공제금액을 차감한 금액의 40%해당액을 외래 및 처방조제비의 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(본인부담금 상한제)
- 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액(의료급여상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
■ 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>

구 분			지급기준	지급금액
실손의료비 관련 특별약관	[갱신형] 실손 의료비	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) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하「의료급여」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) ※ 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우(요양급여 또는 의료급여 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(본인부담금 상한제) - 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액(의료급여상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) ■ 기타 보상하지 않는 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.	①+②의 의료비를 **보험가입금액 한도**로 보상

<table>
<tr><th colspan="3">구 분</th><th>지급기준</th><th>지급금액</th></tr>
<tr>
<td>실손의료비 관련 특별약관</td>
<td>[갱신형] 실손의료비</td>
<td>질병통원</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) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하「의료급여」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 또는 의료급여 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, 상급종합병원 : 2만원</td></tr>
<tr><td>처방조제비</td><td>- 약국 : 8천원</td></tr>
</table>
※ 공제금액에서 정한 의료기관의 세부구분은 약관을 참조하시기 바랍니다.

※ 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우(요양급여 또는 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우 포함)에는 본인이 실제로 부담한 금액에서 공제금액을 차감한 금액의 40%해당액을 외래 및 처방조제비의 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(본인부담금 상한제)
- 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액(의료급여상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
■ 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>

구 분			지급기준	지급금액
실손의료비 관련 특별약관	[갱신형] 실손의료비	종합입원	상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우(하나의 상해 또는 질병당 최초입원일부터 365일까지 보상) ① 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하「요양급여」라 함) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하「의료급여」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) ※ 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우(요양급여 또는 의료급여 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(본인부담금 상한제) - 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액(의료급여상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) ■ 기타 보상하지 않는 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.	①+②의 의료비를 **보험가입금액 한도**로 보상

<table>
<tr><th colspan="3">구 분</th><th>지급기준</th><th>지급금액</th></tr>
<tr>
<td>실손의료비 관련 특별약관</td>
<td>[갱신형] 실손의료비</td>
<td>종합통원</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) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하「의료급여」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 또는 의료급여 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, 상급종합병원 : 2만원</td></tr>
<tr><td>처방조제비</td><td>- 약국 : 8천원</td></tr>
</table>
※ 공제금액에서 정한 의료기관의 세부구분은 약관을 참조하시기 바랍니다.

※ 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우(요양급여 또는 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우 포함)에는 본인이 실제로 부담한 금액에서 공제금액을 차감한 금액의 40%해당액을 외래 및 처방조제비의 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(본인부담금 상한제)
- 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액(의료급여상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
■ 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>

<table>
<tr><th colspan="3">구 분</th><th>지급기준</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="7">재물
관련
특별
약관</td><td colspan="2" rowspan="2">·[갱신형] 화재 및 붕괴 등의 손해(II)</td><td>화재(폭발, 파열 포함) 및 붕괴, 침강, 사태로 인한 건물이나 가재의 손해 및 소방·피난손해가 발생한 경우</td><td rowspan="2">가입금액 한도</td></tr>
<tr><td>잔존물
제거비용</td><td>화재, 폭발, 파열로 인해 잔존물제거비용이 발생한 경우 손해액의 10% 한도로 보상
※ 잔존물 제거비용
: 잔존물의 해체비용, 청소비용, 상차비용
(단, 화재손해보험금과 합산하여 가입금액은 초과할 수 없음)</td></tr>
<tr><td colspan="2">·[갱신형] 특수건물 추가</td><td>특수건물에 대하여 아래의 위험으로 보험목적에 손해가 발생한 경우
- 태풍, 회오리바람, 폭풍, 폭풍우, 홍수, 해일, 범람 및 이와 비슷한 풍재 또는 수재
- 항공기 또는 그로부터의 낙하물</td><td>가입금액 한도</td></tr>
<tr><td colspan="2">·[갱신형] 신체손해 배상책임 추가</td><td>특수건물의 화재로 타인이 사망하거나 부상함으로써 건물소유자 배상책임에 따라 피보험자가 부담해야 할 손해 발생시</td><td>(1인당)
사망 8,000만원 한도
후유장해 8,000만원 한도
부상 1,500만원 한도</td></tr>
<tr><td colspan="2">·[갱신형] 화재 대물배상책임</td><td>피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 물건에서 발생한 화재사고로 인하여 타인의 재물을 망그러뜨려 법률적인 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 발생시</td><td>가입금액 한도</td></tr>
<tr><td rowspan="2">·[갱신형] 도난손해</td><td>명기가재</td><td>보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험목적물(명기가재)이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택구내에서 발생한 강도 또는 절도(그 미수를 포함 합니다)로 인해 도난, 망가짐, 손상 및 파손된 손해를 입었을 경우
※ 명기가재는 반드시 보험증권(보험가입증서)에 명기하여야 보상 받을 수 있는 가재로 귀금속, 귀중품, 보옥, 보석, 글·그림, 골동품, 조각물, 원고, 설계서, 도안, 물건의 원본, 모형, 증서, 장부, 금형, 목형, 소프트웨어 및 이와 비슷한 것. (단, 상품인 경우 제외)</td><td>가입금액 한도</td></tr>
<tr><td>일반가재</td><td>일반가재가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택구내에서 발생한 강도 또는 절도(그 미수를 포함합니다)로 인해 도난, 망가짐, 손상 및 파손된 손해를 입었을 경우</td><td>가입금액 한도</td></tr>
</table>

구 분			지급사유	지급금액
배상책임 관련 특별 약관	·[갱신형] 가정 일상생활 (화재대물배상제외) 배상책임		본인 및 약관에 정한 가족의 일상생활 및 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 사고로 타인의 신체의 장해(대인) 또는 재물의 손해(대물)에 대한 법률상 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 발생시 ※ 주택에서 발생한 화재사고로 인하여 타인의 재물을 망그러뜨려 발생한 배상책임은 제외	1억원 한도 ※ 1사고당 자기부담금 : 대인 없음, 대물 20만원
	·[갱신형] 임차자(화재,폭발·파열, 소요노동쟁의) 배상책임		임차한 보험증권(보험가입증서)에 기재된 부동산이 화재, 폭발, 파열 및 소요·노동쟁의로 손상되어 소유주에게 법률상 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 발생시 (가입금액이 임차건물 가액보다 적은 경우 비례보상 함)	가입금액 한도
비용손해 관련 특별 약관 (자가용운전자용)	·[갱신형] 벌금		자동차 운전중 교통사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 확정 판결로 벌금을 부담한 경우	2,000만원 한도
	·[갱신형] 방어비용		자동차 운전중 교통사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 구속영장에 의해 구속되거나 검사에 의해 공소제기된 경우	가입금액
	·[갱신형] 방어비용(약식기소 제외)		자동차 운전중 교통사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 구속영장에 의해 구속되거나 검사에 의해 공소제기(단, 약식기소 제외)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 공판절차에 의한 재판이 진행되는 경우	가입금액
	·[갱신형] 교통사고처리지원금	피해자 사망	자동차 운전중 교통사고로 피해자(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자 및 자녀 제외)를 사망하게 한 경우(1사고당 피보험자(보험대상자)가 실제로 지급한 형사합의금 지급)	[피해자 1인당] 3,000만원 한도
		피해자 부상	자동차 운전중 약관에 정한 중대법규위반 교통사고로 피해자(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자 및 자녀 제외)가 42일, 70일, 140일 이상(다수 피해자의 진단일을 합하여 계산하지 아니함) 치료를 요한다는 진단을 받은 경우(1사고당 피보험자(보험대상자)가 실제로 지급한 형사합의금 지급)	[피해자 1인당] ·6주이상 10주미만 : 1,000만원 한도 ·10주이상 20주미만 : 2,000만원 한도 ·20주이상 : 3,000만원 한도
		피해자 중상해	자동차 운전중 약관에 정한 일반교통사고로 피해자(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자 및 자녀 제외)에게 약관에 정한 중상해를 입혀 검찰에 의해 공소제기되거나 자동차손해배상보장법에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우(1사고당 피보험자(보험대상자)가 실제로 지급한 형사합의금 지급)	[피해자 1인당] 3,000만원 한도

구 분			지급사유	지급금액
비용손해 관련 특별 약관	·[갱신형] 벌금(영업용운전자용)		영업용운전자가 자동차 운전중 교통사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 확정 판결로 벌금을 부담한 경우	2,000만원 한도
	·[갱신형] 방어비용 (영업용운전자용)		영업용운전자가 자동차 운전중 교통사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 구속영장에 의해 구속되거나 검사에 의해 공소제기된 경우	가입금액
	·[갱신형] 방어비용(약식기소 제외) (영업용운전자용)		영업용운전자가 자동차 운전중 교통사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 구속영장에 의해 구속되거나 검사에 의해 공소제기(단, 약식기소 제외)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 공판절차에 의한 재판이 진행되는 경우	가입금액
	·[갱신형] 교통사고처리지원금 (영업용운전자용)	피해자 사망	영업용운전자가 자동차를 운전중 교통사고로 피해자(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자 및 자녀 제외)를 사망하게 한 경우(1사고당 피보험자(보험대상자)가 실제로 지급한 형사합의금 지급)	[피해자 1인당] 3,000만원 한도
		피해자 부상	영업용운전자가 자동차를 운전중 약관에 정한 중대법규위반 교통사고로 피해자(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자 및 자녀 제외)가 42일, 70일, 140일 이상(다수 피해자의 진단일을 합하여 계산하지 아니함) 치료를 요한다는 진단을 받은 경우(1사고당 피보험자(보험대상자)가 실제로 지급한 형사합의금 지급)	[피해자 1인당] ·6주이상 10주미만 : 1,000만원 한도 ·10주이상 20주미만 : 2,000만원 한도 ·20주이상 : 3,000만원 한도
		피해자 중상해	영업용운전자가 자동차를 운전중 약관에 정한 일반교통사고로 피해자(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자 및 자녀 제외)에게 약관에 정한 중상해를 입혀 검찰에 의해 공소제기되거나 자동차손해배상보장법에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우(1사고당 피보험자(보험대상자)가 실제로 지급한 형사합의금 지급)	[피해자 1인당] 3,000만원 한도
	·[갱신형] 면허정지 위로금 (영업용운전자용)		영업용운전자가 자동차 운전중 교통사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상하여 운전면허정지 행정처분을 받은 경우(면허정지 기간동안 최고 60일을 한도로 일당 지급) ※ 면허정지기간이라 함은 행정 기관의 교정교육을 이수하여 전체 면허정지기간에서 감경 받았거나 감경 받을 수 있는 기간을 차감한 기간을 말함	가입금액
	·[갱신형] 면허취소 위로금 (영업용운전자용)		영업용운전자가 자동차 운전중 교통사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상하여 운전면허취소 행정처분을 받은 경우	가입금액

□ 지급제한사유

①「[갱신형] 암 진단비(최초계약용)」및「[갱신형] 암 입원일당(최초계약용)」특별약관에 대한 보장개시일(책임개시일)은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)	
	「암」	「기타피부암」,「갑상선암」 「제자리암」,「경계성종양」
피보험자(보험대상자) 보험나이 15세 미만	계약일	계약일
피보험자(보험대상자) 보험나이 15세 이상	계약일[부활(효력회복)일]부터 90일이 지난 날의 다음날	계약일

※ 단,「[갱신형] 암 진단비(갱신계약용)」및「[갱신형] 암 입원일당(갱신계약용)」특별약관은 갱신일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

②「암사망 및 고도후유장해(최초계약용)」및「[갱신형] 암사망 및 고도후유장해(최초계약용)」특별약관에 대한 보장개시일(책임개시일)은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)	
	「암」	「기타피부암」,「갑상선암」
피보험자(보험대상자) 보험나이 15세 이상	계약일[부활(효력회복)일]부터 90일이 지난 날의 다음날	계약일

※ 단,「암 사망 및 고도후유장해(갱신계약용)」및 「[갱신형] 암 사망 및 고도후유장해(갱신계약용)」특별약관은 갱신일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

③「[갱신형] 고액치료비암 진단비(최초계약용)」특별약관에 대한 보장개시일(책임개시일)은 아래와 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
	「고액치료비암」
피보험자(보험대상자) 보험나이 15세 미만	계약일
피보험자(보험대상자) 보험나이 15세 이상	계약일[부활(효력회복)일]부터 90일이 지난 날의 다음날

※ 단,「[갱신형] 고액치료비암 진단비(갱신계약용)」특별약관은 갱신일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

④ [갱신형] 실손의료비 특별약관은 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.

⑤「교통상해 사망 및 후유장해(비운전자용)」,「[갱신형] 교통상해 사망 및 후유장해(비운전자용)」 특별약관의 경우, 자동차 운전중 교통사고는 보상하지 아니합니다.

⑥ 이륜자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관을 부가시에는 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다)하던 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 기본계약 중 신체관련 보통약관 및 상해관련 특별약관, 질병관련 특별약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 아니합니다.

⑦ 하나의 상해로 인하여 회사가 지급하는 후유장해보험금은 후유장해보험가입금액을 한도로 합니다.

⑦ 기본계약 중 자동차관련 보통약관을 가입하는 경우「대인배상Ⅰ」과 「대인배상Ⅱ」,「대물배상」은 반드시 가입하여야 합니다.

⑧ 자동차관련 특별약관의「법률비용지원」을 선택한 경우 본인 및 본인의 가족은 비용손해관련 특별약관의「벌금」,「방어비용」,「방어비용(약식기소 제외) 및「교통사고처리지원금」특별약관을 가입하실 수 없습니다.

⑨ 보험금을 지급하지 아니하는 사유 등 기타 세부적인 사항은 보통약관 및 특별약관 내용에 따라 보험금의 지급이 제한될 수 있습니다.

⑩ 회사는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 상품의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 회사의 책임은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간의 첫날에 시작합니다. 단, 제1회 보험료를 납입하기 전 사고에 대해서는 보상하지 않습니다.

● 보험료 산출기초

□ 보험료 구성

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

□ 예정이율

① 이 보험상품의 기본계약 중 신체관련 보통약관 및 상해, 질병, 재물, 배상책임, 비용손해 관련 특별약관의 예정이율은 연복리 3.75% 입니다.

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.

금리확정형보험상품과 금리연동형보험상품의 차이점

ㅇ 금리확정형보험
보험회사가 적립순보험료를 확정금리로 부리·적립하여 적립부분 환급금을 돌려주는 보험

ㅇ 금리연동형보험
보험회사가 적립순보험료를 자산운용수익률, 시장금리 등에 연동되는 변동금리로 부리·적립하여 적립부분 환급금을 돌려주는 보험

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 삼성화재 통합보험 Super V(s1104)의 사업방법서를 참조하시기 바랍니다.

② 이 보험의 「보험료 충당 특별약관」의 적립순보험료는 "이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ"에 의해 연동되어 적립되며, 2011년 3월 현재 적용이율은 연복리 4.0%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 확정 적용합니다.

최저보증이율이란?

회사의 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

<「보험료 충당 특별약관」해지시 경과기간별 적용이율표>

보험료 납입경과기간	적용이율
1년미만	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ × 80%
1년이상 2년미만	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ × 90%
2년이상	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ

※ 단, 약관에 정한「보험료 충당특약 자동갱신 추가특별약관」의해 보험료 충당 특별약관이 자동갱신되는 경우에는 경과기간에 상관없이「이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ」을 적용함

□ 예정위험률

예정위험률이란?

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

< 예정위험률 예시>

(기본계약 중 신체관련 보통약관, 상해1급 기준)

위험률명	예정위험률	
	남자	여자
일반상해 사망률	0.000533	0.000237
일반상해 80% 이상 후유장해 발생률	0.000057	0.000023
일반상해 80% 미만 후유장해 지급률	0.000178	0.000101

□ 예정사업비율

예정사업비율이란?

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

● 보험료지수 및 보장위험별 연간보험료

□ 보험료지수

● 산출식 : “영업보험료/표준순보험료 × 100”

보험료지수란?

해당상품의 보험료(보험금 지급을 위한 보험료 및 보험회사의 사업경비 등을 위한 보험료)가 금융감독원이 정하는 표준순보험료(금융감독원이 정하는 위험률 및 이율을 적용하여 산출한 보험금 지급을 위한 보험료) 대비 높거나 낮은 수준을 나타내는 지수입니다.

□ 보장위험별 연간보험료

● 산출식 :

$$\text{보장위험별 연간보험료} = \frac{\text{보장위험별 납입보험료 현가총액}}{\text{보험금현가총액} \div \text{기준보험금}}$$

연간보험료란?

1년동안 위험보장을 받는데 필요한 영업보험료를 “연간보험료”라고 합니다. 연간보험료는 회사간 보장위험별 보험료 수준 비교시 의미가 있는 것이므로 납입보험료와 직접적인 관계가 없습니다.

● 계약자배당에 관한 사항

「무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅴ(s1104)」은 무배당 상품으로서 배당을 하지 않습니다. 그러나 무배당 상품은 배당상품에 비해 보험료가 상대적으로 저렴합니다.

● 해지환급금에 관한 사항

□ 해지환급금 산출기준

회사는 금융감독원장이 인가한 산출기준에 따라 계산한 이 보험의 보험료적립금(순보험료식 책임준비금에서 해지공제금액을 차감한 금액)과 미경과보험료를 더한 금액을 해지환급금으로 지급하여 드립니다.

□ 해지환급금이 적은 이유

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

☐ 해지환급금

([갱신형]실손의료비 특별약관 외 [갱신형]특별약관) 동 상품의 [갱신형]특별약관은 3년납 3년만기 자동갱신 상품이지만 갱신시점에 연령의 증가, 위험률 증가 등에 따라 변경되는 보험료를 추가로 납입해야하는 상품입니다.

([갱신형]실손의료비 특별약관) 동 상품의 [갱신형]실손의료비 특별약관은 3년납 3년만기 자동갱신 상품이지만 갱신시점에 연령의 증가, 의료수가 상승, 위험률 증가 등에 따라 변경되는 보험료를 추가로 납입해야하는 상품입니다.

갱신시점에 보험료가 인상된 경우에는 추가로 보험료를 납입해야 해당 [갱신형]특별약관 계약을 계속 유지할 수 있습니다.

구체적인 상품내용은 무배당 삼성화재 통합보험 Super V(s1104)의 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

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 가입 신청 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 처리 결과에 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

보 통 약 관

무배당 삼성화재 통합보험 super V(s1104) 보통약관

제1장 보통약관의 공통사항

제1조(총칙)

① 이 보험의 계약기간은 최초 계약성립일부터 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 제2장(신체관련 보통약관)의 피보험자(보험대상자) 중 저연령자의 보험나이 100세 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

② 보험계약자는 이 보험의 보통약관 및 특별약관의 보험기간을 제1항에서 정한 계약기간 내에서 정할 수 있으며, 회사는 이를 보험증권(보험가입증서)에 기재하여 드립니다.

제2조(보통약관의 가입)

① 보험계약자는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 신체관련 계약(이하「계약」이라 합니다)은 반드시 가입하여야 하며, 제3장(자동차관련 보통약관)에서 정한 자동차관련 계약은 계약자의 선택에 의하여 가입할 수 있습니다.

② 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 사항은 제3장(자동차관련 보통약관)에 영향을 미치지 않으며, 제3장(자동차관련 보통약관)에서 정한 사항은 제2장(신체관련 보통약관)에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(가입대상자)

① 제2장(신체관련 보통약관)의 계약은 아래의 가입대상자 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 사람을 피보험자(보험대상자)로 합니다.

1. 피보험자(보험대상자) 본인(이하「본인」이라 합니다.)
2. 본인의 배우자(가입시 가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하「배우자」라 합니다)

② 제2장(신체관련 보통약관)의 최초 계약시 제1항의 가입대상자 중 본인만 가입한 경우에는 회사의 승낙을 얻어 계약기간 중에 배우자를 추가할 수 있습니다.

③ 제3장(자동차관련 보통약관)의 계약은 아래의 각 호에서 정한 자를 가입대상자로 합니다.

1. 본인
2. 배우자
3. 본인의 가족관계등록부상 부모
4. 배우자의 가족관계등록부상 부모
5. 본인 또는 배우자의 만 30세 이하 미혼자녀

제4조(대표 계약자의 지정)

① 계약자가 2인 이상인 경우에는 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자를 대리하는 것으로 합니다.

② 제1항의 대표자로 지정된 계약자의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자

1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자에 대하여도 효력이 미칩니다.
③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.
④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 제3장(자동차관련 보통약관)은 대표계약자를 지정하지 않습니다.

"보장계약 자동갱신 특별약관에 의하여 3년 자동갱신 되는 보장보험료는 갱신시점에 보험료가 인상될 수 있습니다. 특히, 질병관련 특별약관 및 실손의료비관련 특별약관의 경우 연령증가와 의료비상승률에 연동되어 갱신시점에서 인상된 보험료를 적용하게 됩니다."

제2장 신체관련 보통약관

제1관 계약의 성립과 유지

제1조(계약의 성립)

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

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 진단일을 말합니다)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 계약자에게 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.

제2조(청약의 철회)

① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 그러하지 아니하며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하「통신판매 계약」이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 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 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본) 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본) 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 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 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 청약시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 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. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 제3문의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

④ 제2항에 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)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

< 용어풀이 >

「심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)」라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제5조(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. 계약기간
2. 납입보험료
3. 계약자
4. 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경후 보험수익자(보험금을 받는 자)는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.

③ 회사는 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제2항의 규정에 의하여 이 계약의 배우자가 추가되는 경우 제1항 제1호의 규정을 적용하여 보험의 계약기간을 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제4호의 규정에 의하여 이 계약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항의 규정에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제6조(계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제4조(계약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자(보험대상자)는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제7조(계약의 소멸)

① 회사가 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 회사의 보상책임은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

② 회사가 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 회사의 보상책임은 소멸되지 않습니다

③ 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자) 전부에

대하여 회사의 제1항의 보상책임이 소멸된 경우에는 이 계약은 소멸되며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
④ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 회사의 보장은 소멸됩니다.
⑤ 제4항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제8조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
③ 피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

< 보험나이 계산 예시 >
생년월일 : 1988년 10월 2일, 계약일 : 2009년 4월 13일
⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제2관 보험료의 납입 등

제9조(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.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제21조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제23조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제10조(제2회 이후 보험료의 납입)

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.

제11조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 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 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

<보험계약대출이율>

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

제12조(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)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 익일로 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자)를 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 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.

② 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 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 연체된 보험료에 예정이율 + 1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(계약의 성립), 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제21조(계약 전 알릴 의무), 제23조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제25조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다.

제14조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분 절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제5조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자(보험금을 받는 자)로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여야 합니다.
② 회사는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자(보험금을 받는 자)로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
⑤ 보험수익자(보험금을 받는 자)는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3관 보험금의 지급

제15조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의

족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액(이하「사망보험가입금액」이라 합니다)을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

2. 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

② 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

③ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

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

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

⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후

유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑨ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 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 보험금 지급사유가 발생한 경우에는

보장하여 드립니다)

3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제18조(해지환급금)

① 제2장(신체관련 보통약관)에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제19조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제20조(소멸시효)

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

<소멸시효>

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

제4관 계약 전 알릴 의무 등

제21조(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 알릴 의무」라 하며, 상법상「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

<계약 전 알릴 의무>

상법 제651조에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자(보험대상자)는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제22조(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 피

보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 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 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하「변경전 요율」이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 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 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제23조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중대한 과실로 제21조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제22조(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 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자(보험대상자)의 경우에는 1년)이 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 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)
5. 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 의하여 계약을 해지하였을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
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 계

약자에게 알려드립니다.
⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제22조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.
⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제24조(중대사유로 인한 해지)

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

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제25조(사기에 의한 계약)

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

제5관 보험금 지급의 절차 등

제26조(주소변경통지)

① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에서 정한 대로 계약자 등이 알리지 아니한 경우에는 계약자 등이 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 등에게 도달된 것으로 봅니다.

제27조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)

계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정할 수 있으며 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 하며, 동조 제2호의 경우는 피보험자(보험대상

자)로 합니다.

제28조(대표 보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)

① 보험수익자(보험금을 받는 자)가 2인 이상인 경우에는 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)를 대리하는 것으로 합니다.

② 제1항의 대표자로 지정된 보험수익자(보험금을 받는 자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 보험수익자(보험금을 받는 자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

제29조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제30조(보험금 등 청구시 구비서류)

① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 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.

제31조(보험금의 지급)

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

② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제30조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제5항에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제9항에 의하여 장해지급률에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

⑤ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제23조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

<영업일>

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

제32조(환급금의 지급)

① 회사는 계약자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)의 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 해지환급금의 경우 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용하여 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제33조(보험금 받는 방법의 변경)

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

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

제34조(계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항, 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)의 규정을 따릅니다.

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

제35조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해지환급금 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 회사는 보험금 지급사유가 발생되어 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원리금을 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제36조(분쟁의 조정)

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

제37조(관할법원)

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

제38조(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 보험금을 지급하지 아니하는 사유 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

제39조(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.

제40조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생된 손해에 대하여 관계 법률 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제41조(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 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제42조(예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제43조(준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

특 별 약 관

2. 상해관련 특별약관 일반조항

제1조(가입대상자)

① 회사는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자) 본인(이하「본인」이라 합니다) 및 본인의 가족을 가입대상자로 하며, 가입대상자 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 사람을 피보험자(보험대상자)로 하여 각각의 상해관련 손해를 보상하여 드립니다.

② 제1항의 본인의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자)에서 정한 배우자(이하「배우자」라 합니다)
2. 본인의 가족관계등록부상 부모(이하「본인의 부모」라 합니다)
3. 배우자의 가족관계등록부상 부모(이하「배우자의 부모」라 합니다)
4. 만 30세 이하의 미혼자녀(이하「만 30세 이하 미혼자녀」라 합니다)로 합니다.

제2조(특별약관의 보장변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간 중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하「보장변경」이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-1. 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을

경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.
2. 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

③ 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될

것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

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

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

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

⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑨ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-2. [갱신형] 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.
2. 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액 (이하 「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

③ 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

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

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

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

⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑨ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 후유장해보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-3. 상해사망 및 고도후유장해 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)
① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
② 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.
③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)
회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.

2. 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제5항을 적용합니다.

③ 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

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

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

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

⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 고도후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 고도후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 고도후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 고도후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑨ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-4. [갱신형] 상해사망 및 고도후유장해 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이

특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.

2. 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제5항을 적용합니다.

③ 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

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

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

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

⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 고도후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장

해상태에 해당되는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 고도후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 고도후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 고도후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑨ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-5. 교통상해 사망 및 후유장해(운전자용) 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)(자가용운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)가 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 아래에 정한 사고(이하「교통사고」라 합니다)로 인한 상해(보험기간 중에 발생한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.

   가. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)

   나. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중 이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「탑승중 교통사고」라 합니다)

   다. 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)

<용어풀이>

「**자동차를 운전하던 중**」이라 함은 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

2. 보험기간 중에 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

③ 제1항에서 기타 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)

4. 6종건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 아니함)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해지급률의 20%를 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

③ 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

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

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

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

⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑨ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
2. 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고
   가. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안에 발생한 손해
   나. 하역작업을 하는 동안에 발생하는 손해
   다. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
   라. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-6. [갱신형] 교통상해 사망 및 후유장해(운전자용) 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한

이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)(자가용운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)가 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 아래에 정한 사고(이하「교통사고」라 합니다)로 인한 상해(보험기간 중에 발생한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.
   가. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)
   나. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중 이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「탑승중 교통사고」라 합니다)
   다. 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)

<용어풀이>

「**자동차를 운전하던 중**」이라 함은 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

2. 보험기간 중에 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

③ 제1항에서 기타 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해지급률의 20%를 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

③ 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

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

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

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

에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑨ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
2. 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고
   가. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안에 발생한 손해
   나. 하역작업을 하는 동안에 발생하는 손해
   다. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
   라. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-7. 교통상해 사망 및 후유장해(비운전자용) 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 사망보험금을 지급한 때에

는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)(비운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)가 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 아래에 정한 사고(이하「교통사고」라 합니다)로 인한 상해(보험기간 중에 발생한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.
   가. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중 이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「탑승중 교통사고」라 합니다)
   나. 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)
2. 보험기간 중에 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

③ 제1항에서 기타 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해지급률의 20%를 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

③ 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑨ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 후유장해보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
2. 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고
   가. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 발생된 손해
   나. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안에 발생한 손해
   다. 하역작업을 하는 동안에 발생하는 손해
   라. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
   마. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-8. [갱신형] 교통상해 사망 및 후유장해(비운전자용) 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)(비운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)가 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 아래에 정한 사고(이하「교통사고」라 합니다)로 인한 상해(보험기간 중에 발생한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.
   가. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중 이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「탑승중 교통사고」라 합니다)
   나. 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, 접

촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하「비탑승중 교통사고」라 합니다)

2. 보험기간 중에 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

③ 제1항에서 기타 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해지급률의 20%를 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

③ 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장

해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
④ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑨ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 후유장해보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
2. 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고
   가. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 발생된 손해
   나. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안에 발생한 손해
   다. 하역작업을 하는 동안에 발생하는 손해

라. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해

마. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-9. 교통상해 사망 및 후유장해(영업용운전자용) 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)(영업용운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)가 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 아래에 정한 사고(이하「교통사고」라 합니다)로 인한 상해(보험기간 중에 발생한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.

가. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)

나. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중 이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「탑승중 교통사고」라 합니다)

다. 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)

<용어풀이>

「**자동차를 운전하던 중**」이라 함은 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

2. 보험기간 중에 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

③ 제1항에서 기타 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사

망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해지급률의 20%를 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.
③ 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
④ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑨ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 후유장해보험가입금액을 한도로

합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
2. 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고
   가. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안에 발생한 손해
   나. 하역작업을 하는 동안에 발생하는 손해
   다. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
   라. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-10. [갱신형] 교통상해 사망 및 후유장해(영업용운전자용) 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)(영업용운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)가 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 아래에 정한 사고(이하「교통사고」라 합니다)로 인한 상해(보험기간 중에 발생한 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.
   가. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)
   나. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중 이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「탑승중 교통사고」라 합니다)
   다. 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)

<용어풀이>

「**자동차를 운전하던 중**」이라 함은 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

2. 보험기간 중에 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

③ 제1항에서 기타 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이

터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 6종건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 아니함)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해지급률의 20%를 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.
③ 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
④ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지

급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑨ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
2. 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고
   가. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안에 발생한 손해
   나. 하역작업을 하는 동안에 발생하는 손해
   다. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
   라. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-11. 상해 중증장해(50%이상) 생활자금 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는

자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 10년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 중증장해(50%이상) 생활자금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제4항을 적용합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 지급하지 아니합니다.

④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 상해 중증장해(50%이상) 생활자금에서 이미 지급받은 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신

체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 상해 중증장해(50%이상) 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 상해 중증장해(50%이상) 생활자금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 상해 중증장해(50%이상) 생활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 상해 중증장해(50%이상) 생활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 상해 중증장해(50%이상) 생활자금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 상해 중증장해(50%이상) 생활자금은 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 지급하여 드리며, 보험수익자(보험금을 받는 자)가 일시금으로 지급받고자 요청한 때에는 회사는 이 계약의 예정이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-12. [갱신형] 상해 중증장해(50%이상) 생활자금 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 10년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 중증장해(50%이상) 생활자금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제4항을 적용합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 지급하지 아니합니다.

④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 상해 중증장해(50%이상) 생활자금에서 이미 지급받은 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 상해 중증장해(50%이상) 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 상해 중증장해(50%이상) 생활자금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 상해 중증장해(50%이상) 생활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 상해 중증장해(50%이상) 생활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 상해 중증장해(50%이상) 생활자금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 상해 중증장해(50%이상) 생활자금은 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 지급하여 드리며, 보험수익자(보험금을 받는 자)가 일시금으로 지급받고자 요청한 때에는 회사는 이 계약의 예정이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-13. 상해 고도장해(80%이상) 생활자금 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 10년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재

된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 고도장해(80%이상) 생활자금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제4항을 적용합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 지급하지 아니합니다.

④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 상해 고도장해(80%이상) 생활자금에서 이미 지급받은 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 상해 고도장해(80%이상) 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 상해 고도장해(80%이상) 생활자금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 상해 고도장해(80%이상) 생활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 상해 고도장해(80%이상) 생활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 상해 고도장해(80%이상) 생활자금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지

못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑨ 상해 고도장해(80%이상) 생활자금은 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 지급하여 드리며, 보험수익자(보험금을 받는 자)가 일시금으로 지급받고자 요청한 때에는 회사는 이 계약의 예정이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-14. [갱신형] 상해 고도장해(80%이상) 생활자금 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)
① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)
회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 10년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 고도장해(80%이상) 생활자금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제4항을 적용합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 지급하지 아니합니다.

④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 상해 고도장해(80%이상) 생활자금에서 이미 지급받은 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 상해 고도장해(80%이상) 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 상해 고도장해(80%이상) 생활자금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 상해 고도장해(80%이상) 생활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 상해 고도장해(80%이상) 생활자금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 상해 고도장해(80%이상) 생활자금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 상해 고도장해(80%이상) 생활자금은 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 지급하여 드리며, 보험수익자(보험금을 받는 자)가 일시금으로 지급받고자 요청한 때에는 회사는 이 계약의 예정이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-15. 뇌·내장손상 수술비 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌·내장손상 수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)의 직접결과로써 사고일부터 그 날을 포함하여 180일 이내에 아래에 정한 상태에 해당되는 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌·내장손상 수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

1. 뇌손상: 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 손상(【별표-상해1】의 뇌·내장손상 분류표 참조)을 입고 그 치료를 직접목적으로 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(【별표-상해1】의 뇌·내장손상 분류표 참조)을 입고, 그 치료를 직접적인 목적으로 개흉(開胸) 수술 또는 개복(開腹) 수술을 받은 경우

<용어풀이>

· **개두(開頭) 수술 :** 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.

· **개흉(開胸) 수술 :** 흉강을 여는 수술로서 농흉 수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도 수술 등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉 수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.

· **개복(開腹) 수술 :** 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁 수술 등 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광 수술을 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 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) Block(신경의 차단)은 제외합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
2. 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술을 한 경우

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-16. [갱신형] 뇌 · 내장손상 수술비 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌 · 내장손상 수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험

기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)의 직접결과로써 사고일부터 그 날을 포함하여 180일 이내에 아래에 정한 상태에 해당되는 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌·내장손상 수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

1. 뇌손상: 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 손상(【별표-상해1】의 뇌·내장손상 분류표 참조)을 입고 그 치료를 직접목적으로 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(【별표-상해1】의 뇌·내장손상 분류표 참조)을 입고, 그 치료를 직접적인 목적으로 개흉(開胸) 수술 또는 개복(開腹) 수술을 받은 경우

<용어풀이>

- **개두(開頭) 수술 :** 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
- **개흉(開胸) 수술 :** 흉강을 여는 수술로서 농흉 수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도 수술 등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉 수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
- **개복(開腹) 수술 :** 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁 수술 등 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광 수술을 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 빨아들이

는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) Block(신경의 차단)은 제외합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
2. 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술을 한 경우

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-17. 중대 화상·부식 진단비 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 중대 화상·부식 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)의 직접결과로써「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」으로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 중대 화상·부식 진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제3조(중대한 화상·부식의 정의 및 진단확정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 보장하는「중대한 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부

손상)」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 받아 들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 경우에도 이를 인정합니다.
②「중대한 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원, 의원 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「중대한 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-18. [갱신형] 중대 화상·부식 진단비 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 중대 화상·부식 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라

합니다)의 직접결과로써 「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」으로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 중대 화상·부식 진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제3조(중대한 화상·부식의 정의 및 진단확정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 보장하는 「중대한 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 받아 들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 경우에도 이를 인정합니다.

② 「중대한 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원, 의원 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 「중대한 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-19. 상해 가족생활지원금 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사유로 상해 가족생활지원금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 사유로 상해 가족생활지원금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는

자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 10년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 가족생활지원금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.
2. 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 10년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 가족생활지원금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제5항을 적용합니다.

③ 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합

니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 상해 가족생활지원금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 상해 가족생활지원금에서 이미 지급받은 상해 가족생활지원금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 상해 가족생활지원금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 상해 가족생활지원금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 상해 가족생활지원금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 상해 가족생활지원금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 상해 가족생활지원금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 상해 가족생활지원금이 지급되지 않았던 후유장해

⑨ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑩ 상해 가족생활지원금은 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 지급하여 드리며, 보험수익자(보험금을 받는 자)가 일시금으로 지급받고자 요청한 때에는 회사는 이 계약의 예정이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-20. [갱신형] 상해 후유장해 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.
② 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이

특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.
② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에

는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 후유장해보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-21. [갱신형] 상해 입원일당(1일이상) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 입원일당(1일이상)으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다. 다만, 상해 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
② 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한

경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해 입원일당(1일이상)을 계속 보상하여 드립니다.
④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제2조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에서「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.

제3조(특별약관의 소멸)
① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-22. [갱신형] 상해 입원일당(4일이상) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)
① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 4일이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다)하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 입원일당(4일이상)으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다. 다만, 상해 입원일당(4일이상)의 지급일수는 1회

입원당 180일을 한도로 합니다.
② 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해 입원일당(4일이상)을 계속 보상하여 드립니다.
④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해 입원일당(4일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제2조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에서「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.

제3조(특별약관의 소멸)
① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-23. [갱신형] 골절 진단비(치아파절 제외) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)
① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)를 입고 그 직접적인 결과로써【별표-상해2】(골절(치아파절 제외) 분류표)에 정한 골절(이하「골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 골절 진단비(치아파절 제외)로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

② 제1항의 골절 진단비(치아파절 제외)는 매사고 마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(특별약관의 소멸)

① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-23-1. [갱신형] 5대 골절진단비 추가특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 추가특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)를 입고 그 직접적인 결과로써【별표-상해4】(5대 골절 분류표)에 정한 골절(이하「5대 골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 추가특별약관의 보험가입금액을 5대 골절진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

② 제1항의 5대 골절진단비는 매사고 마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 5대 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(추가특별약관의 소멸)

① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 추가특별약관의 사망당시 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 추가특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 추가특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 추가특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제3조(준용규정)

이 추가특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-24. [갱신형] 상해 장기입원비(31일이상) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 31일이상 입원하여 치료를 받은 경우 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 장기입원비(31일이상)로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 상해의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해 장기입원비(31일이상)는 계속 보상하여 드립니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해 장기입원비(31일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제2조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「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.

제3조(특별약관의 소멸)

① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-25. [갱신형] 화상 진단비 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)를 입고 그 직접적인 결과로써【별표-상해3】(화상 분류표)에 정한 화상(이하「화상」이라 합니다)으로 진단확정된 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

② 제1항의 화상이라 함은【별표-상해3】(화상분류표)에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고, 심재성 2도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.

③ 제1항의 화상진단비는 매사고 마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(특별약관의 소멸)

① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-26. [갱신형] 강력범죄 위로금 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이

하「보험기간」이라 합니다)중 일상생활 중에 다음 각호에 정하는 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체((의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 피해가 발생하였을 경우 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 강력범죄 위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

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 피보험자(보험대상자)의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상합니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 삼성화재 통합보험 superV(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항 제1호 및 제2호
2. 피보험자(보험대상자)의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자(보험대상자)가 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. 피보험자(보험대상자)와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해

제3조(특별약관의 소멸)

① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약

관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-27. [갱신형] 5대 골절수술비 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)를 입고 그 직접적인 결과로써【별표-상해4】(5대 골절 분류표)에 정한 골절(이하「5대 골절」이라 합니다)을 입고 치료를 직접목적으로 수술을 받은 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 5대 골절수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

② 제1항의 5대 골절수술비는 매사고 마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 동시에 2가지 이상 또는 2회 이상의 5대 골절수술을 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.

제2조(특별약관의 소멸)

① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약

관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-28. [갱신형] 상해흉터복원 수술비 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)를 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(다만, 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 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

구 분	안면부	상지·하지
지급액	수술 1Cm당 14만원	수술 1Cm당 7만원 (단, 3Cm이상의 경우에 한합니다)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술등의 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.

제2조(특별약관의 소멸)

① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미

납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

3. 질병관련 특별약관 일반조항

제1조(가입대상자)

① 회사는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자) 본인(이하「본인」이라 합니다) 및 본인의 가족을 가입대상자로 하며, 가입대상자 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 사람을 피보험자(보험대상자)로 하여 각각의 질병관련 손해를 보상하여 드립니다.

② 제1항의 본인의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자)에서 정한 배우자(이하「배우자」라 합니다)
2. 본인의 가족관계등록부상 부모(이하「본인의 부모」라 합니다)
3. 배우자의 가족관계등록부상 부모(이하「배우자의 부모」라 합니다)
4. 만 30세 이하의 미혼자녀(이하「만 30세 이하 미혼자녀」라 합니다)로 합니다.

제2조(특별약관의 보장변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간 중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하 「보장변경」이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

3-1. 질병사망 및 고도후유장해 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)

의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)에게 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 질병으로 사망한 경우 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.
2. 보험기간 중 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제4항을 적용합니다.
② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 고도후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 고도후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 고도후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 고도후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 고도후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 고도후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑨ 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
⑩ 제9항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
⑪ 제10항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑫ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-2. [갱신형] 질병사망 및 고도후유장해 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보

상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
② 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.
③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)에게 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 질병으로 사망한 경우 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.
2. 보험기간 중 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제4항을 적용합니다.
② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는

성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 고도후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 고도후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 고도후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 고도후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 고도후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

⑩ 제9항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

⑪ 제10항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑫ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-3. 암사망 및 고도후유장해(최초계약용) 특별약관

제1조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제6조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우

제2조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 회사가 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하

「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제3조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제4조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 암을 직접적인 원인으로 사망한 경우에는 아래에 정한 금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.

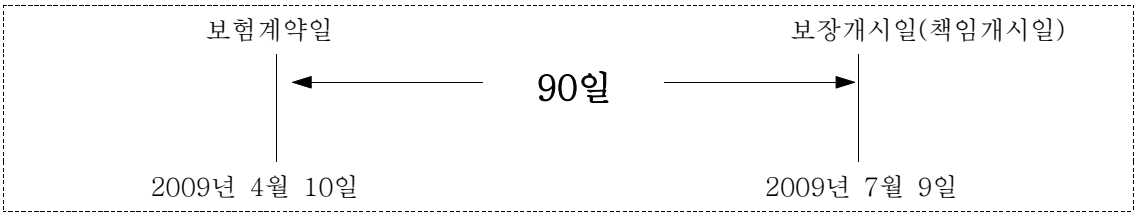
구분	사망보험금
보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
가입후 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. 보험기간 중 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 진단확정된「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

구분	고도후유장해보험금
보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
가입후 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

< 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



* 단, 「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제4항을 적용합니다.

② 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 고도후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 고도후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 고도후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 고도후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 고도후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
⑩ 제9항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
⑪ 제10항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑫ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제6조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 제4조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「암」이라 함은 제6차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병(【별표-질병4】「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병」,「분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.
② 이 특별약관에 있어서「기타피부암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특별약관에 있어서「갑상선암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진자에 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 피보험자(보험대상자)가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

제7조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-4. [갱신형] 암사망 및 고도후유장해(최초계약용) 특별약관

제1조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제6조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우

제2조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 회사가 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제3조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납

입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제4조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 암을 직접적인 원인으로 사망한 경우에는 아래에 정한 금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.

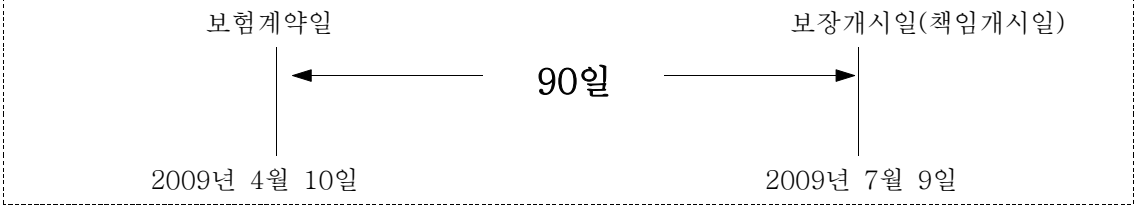
구분	사망보험금
보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
가입후 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. 보험기간 중 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 진단확정된「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

구분	고도후유장해보험금
보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
가입후 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

< 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



* 단,「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제4항을 적용합니다.

② 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터

180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 고도후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 고도후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 고도후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 고도후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 고도후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

⑩ 제9항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에

따라 보장하여 드립니다.
⑪ 제10항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑫ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제6조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 제4조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「암」이라 함은 제6차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병(【별표-질병4】「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병」,「분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.
② 이 특별약관에 있어서「기타피부암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특별약관에 있어서「갑상선암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진자에 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 피보험자(보험대상자)가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

제7조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-5. 암사망 및 고도후유장해(갱신계약용) 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 회사가 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.
③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
② 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항에도 불구하고 위의 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로 합니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 암을 직접적인 원인으로 사망한 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.
2. 보험기간 중 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 진단확정된「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

② 제1항의 경우「암」,「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제4항을 적용합니다.

② 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 고도후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 고도후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 고도후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 고도후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 고도후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 고도후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑨ 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
⑩ 제9항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

⑪ 제10항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑫ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병(【별표-질병4】「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병」,「분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서「기타피부암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서「갑상선암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진자에 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 피보험자(보험대상자)가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-6. [갱신형] 암사망 및 고도후유장해(갱신계약용) 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지

급하지 아니합니다.
② 회사가 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.
③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
② 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항에도 불구하고 위의 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로 합니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 암을 직접적인 원인으로 사망한 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.
2. 보험기간 중 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 진단확정된「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

② 제1항의 경우「암」,「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해

지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제4항을 적용합니다.
② 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 고도후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 고도후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 고도후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 고도후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 고도후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 고도후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑨ 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
⑩ 제9항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

⑪ 제10항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑫ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병(【별표-질병4】「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병」,「분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서「기타피부암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서「갑상선암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진자에 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 피보험자(보험대상자)가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-7. 질병 고도장해 재활자금 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병 고도장해 재활자금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소

멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 SuperⅤ(s1004) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 아래의 어느 하나에 해당된 때에는 최초 1회에 한하여 10년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 고도장해 재활자금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

1. 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실되어【별표-질병1】'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 제1항 제1호에서 정한 질병 고도장해라 함은 【별표-질병1】(질병 고도장해 판정기준)의 1.에서 정한 장해상태가 되었을 경우 및 【별표-질병1】(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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자(보험대상자)의 장해상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 장해상태를 결정합니다. 다만, 장해상태가 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 결정하되【별표-질병1】(질병 고도장해 판정기준)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
② 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

③ 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
④ 제3항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑤ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑥ 질병 고도장해 재활자금은 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 지급하여 드리며, 보험수익자(보험금을 받는 자)가 일시금으로 지급받고자 요청한 때에는 회사는 이 계약의 예정이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 피보험자(보험대상자)의 선천적 기형, 선천적질환, 정신질환 및 이에 근거한 상병

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

3-8. [갱신형] 질병 고도장해 재활자금 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병 고도장해 재활자금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 SuperⅤ(s1004) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 아래의 어느 하나에 해당된 때에는 최초 1회에 한하여 10년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 고도장해 재활자금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

1. 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실되어 【별표-질병1】'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 제1항 제1호에서 정한 질병 고도장해라 함은 【별표-질병1】(질병 고도장해 판정기준)의 1.에서 정한 장해상태가 되었을 경우 및 【별표-질병1】(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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자(보험대상자)의 장해상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 장해상태를 결정합니다. 다만, 장해상태가 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 결정하되【별표-질병1】(질병 고도장해 판정기준)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

② 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

③ 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

④ 제3항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 질병 고도장해 재활자금은 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 지급하여 드리며, 보험수익자(보험금을 받는 자)가 일시금으로 지급받고자 요청한 때에는 회사는 이 계약의 예정이율을 반영

하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 피보험자(보험대상자)의 선천적 기형, 선천적질환, 정신질환 및 이에 근거한 상병

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

3-9. 질병 가족생활지원금 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사유로 질병 가족생활지원금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 사유로 질병 가족생활지원금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 계약은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다..

④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 SuperⅤ(s1004) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 질병으로 사망한 경우 10년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 가족생활지원금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급합니다.
2. 보험기간 중에 질병으로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 10년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 가족생활지원금으로 보험수익자(보험금을 받는

자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제4항을 적용합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 질병 가족생활지원금을 지급하지 아니합니다.

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 질병 가족생활지원금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 질병 가족생활지원금에서 이미 지급받은 질병 가족생활지원금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 질병 가족생활지원금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 질병 가족생활지원금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 질병 가족생활지원금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따

를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑨ 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
⑩ 제9항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
⑪ 제10항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑫ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑬ 질병 가족생활지원금은 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 지급하여 드리며, 보험수익자(보험금을 받는 자)가 일시금으로 지급받고자 요청한 때에는 회사는 이 계약의 예정이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-10. [갱신형] 암 진단비(최초계약용) 특별약관

제1조(계약의 무효)

무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제4조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제6조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제2조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제4조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 암 진단비 중 제6조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정 되어 보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은

소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제3조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

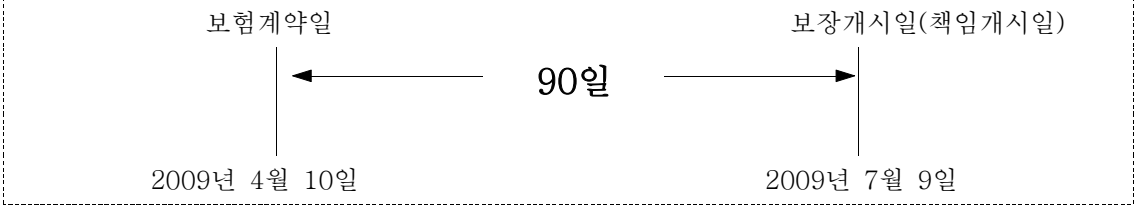
제4조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제2항 및 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단확정되었을 때에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 제6조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 암 진단비를 지급받은 이후에 진단받은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」은 진단비를 지급하지 아니합니다.

구 분	암진단비	
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암 진단시 갑상선암 진단시 제자리암 진단시 경계성종양 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 5%	이 특별약관 보험가입금액의 10%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

< 보험나이 15세 이상 피보험자(보험대상자)의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



* 보험나이 15세 미만 피보험자(보험대상자)의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

* 피보험자(보험대상자)의 보험나이와 관계없이「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및 「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제6조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 제4조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병(【별표-질병4】「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병」,「분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 제4조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「기타피부암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제4조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「갑상선암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진자에 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 피보험자(보험대상자)가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

제7조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 제4조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「제자리암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표-질병5】「제자리신생물 분류표」참조)을 말합니다.
② 제4조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「경계성종양」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표-질병6】「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.
③「제자리암」또는「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 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-11. [갱신형] 암 진단비(갱신계약용) 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 암 진단비 중 제5조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정 되어 보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사

망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
② 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항에도 불구하고 위의 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단확정되었을 때에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 제5조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 암 진단비를 지급받은 이후에 진단받은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」은 진단비를 지급하지 아니합니다.

구 분	암진단비
암 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암 진단시 갑상선암 진단시 제자리암 진단시 경계성종양 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 10%

② 제1항의 경우「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병(【별표-질병4】「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병」,「분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「기타피부암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「갑상선암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진자에 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 피보험자(보험대상자)가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

제6조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「제자리암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표-질병5】「제자리신생물 분류표」참조)을 말합니다.

② 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「경계성종양」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표-질병6】「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

③「제자리암」또는「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 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-12. [갱신형] 암 입원일당(최초계약용) 특별약관

제1조(계약의 무효)

무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제4조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제5조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제2조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

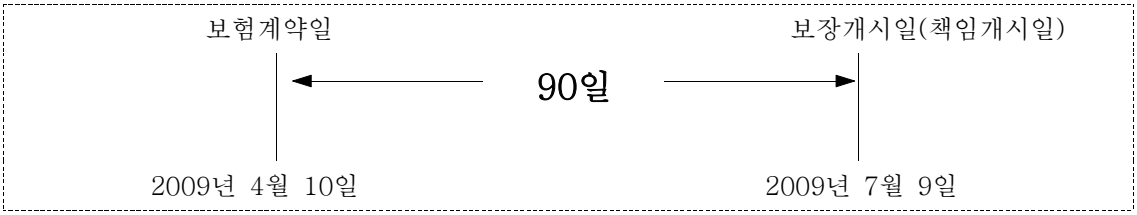
제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항 및 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다)하여 제7조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 아래에 정한 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

구 분	암 입원일당
암으로 4일이상 계속입원시	4일째 입원일부터 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암으로 4일이상 계속입원시 갑상선암으로 4일이상 계속입원시 제자리암으로 4일이상 계속입원시 경계성종양으로 4일이상 계속입원시	4일째 입원일부터1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

< 보험나이 15세 이상 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



* 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

* 피보험자의 보험나이와 관계없이「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

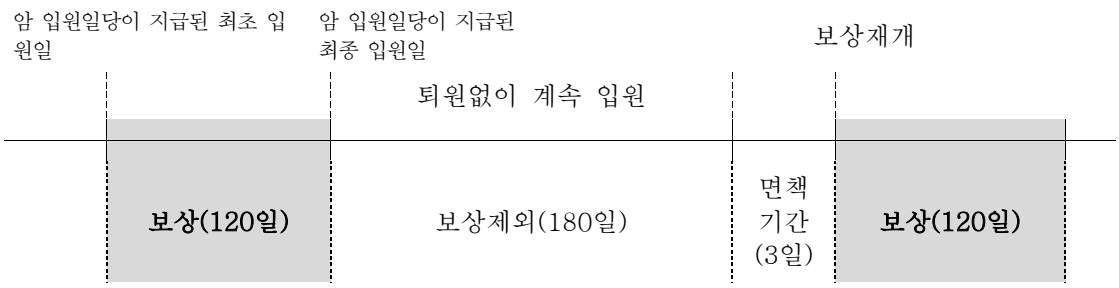
③ 제2항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 암 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원을 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제4항의 규정을 적용합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 입원이라도 암 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 암 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



⑦ 피보험자(보험대상자)가 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 제4항의 규정에 따라 암 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

⑧ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병(【별표-질병4】「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병」,「분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「기타피부암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「갑상선암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진자에 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 피보험자(보험대상자)가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

제6조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 제3조(보험금의 종류 및 지급사유))에서 「제자리암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표-질병5】「제자리신생물 분류표」참조)을 말합니다.

② 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「경계성종양」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표-질병6】「행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표」참조)을 말합니다.

③「제자리암」또는「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 피보험자(보험대상자)가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조(입원의 정의와 장소)

① 이 계약에 있어서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」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 이 계약에 있어서「암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며,「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」으로 진단된 경우에는 이는 암의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-13. [갱신형] 암 입원일당(갱신계약용) 특별약관

제1조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항에도 불구하고 위의 제1항의 경우「암(단, 기타피부암, 갑상선암 제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다)하여 제6조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 아래에 정한 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

구 분	암 입원일당
암으로 4일이상 계속입원시	4일째 입원일부터 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암으로 4일이상 계속입원시 갑상선암으로 4일이상 계속입원시 제자리암으로 4일이상 계속입원시 경계성종양으로 4일이상 계속입원시	4일째 입원일부터1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%

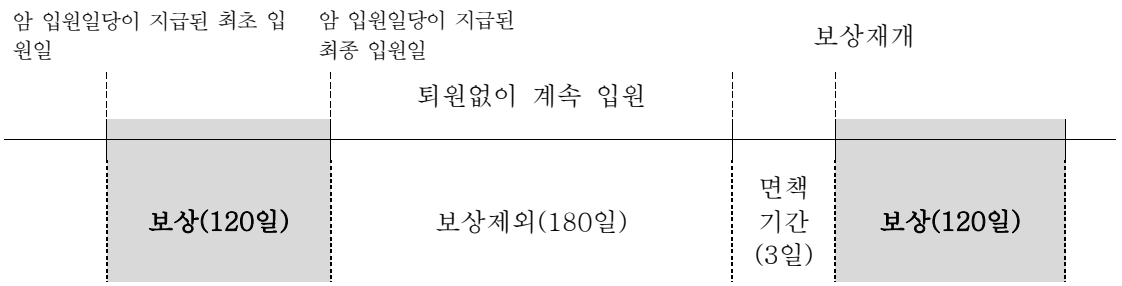
② 제1항의 경우「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

③ 암 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원을 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제4항의 규정을 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 입원이라도 암 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 암 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



⑥ 피보험자(보험대상자)가 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 제3항의 규정에 따라 암 입원일당을 계속 보장하여 드립니다.

⑦ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병(【별표-질병4】「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병」,「분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「기타피부암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「갑상선암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진자에 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 피보험자(보험대상자)가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

제5조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「제자리암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표-질병5】「제자리신생물 분류표」참조)을 말합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「경계성종양」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표-질병6】「행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표」참조)을 말합니다.

③「제자리암」 또는 「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 피보험자(보험대상자)가「제자리암」또는

「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는증거가 있어야 합니다.

제6조(입원의 정의와 장소)

① 이 계약에 있어서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」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 이 계약에 있어서「암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」으로 진단된 경우에는 이는 암의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(단, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-14. [갱신형] 고액치료비암 진단비(최초계약용) 특별약관

제1조(계약의 무효)

무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제4조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의

보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항 및 제3항에 정한 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제6조(고액치료비암의 정의 및 진단확정)에서 정한 고액치료비암으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제2조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제4조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고액치료비암 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제3조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

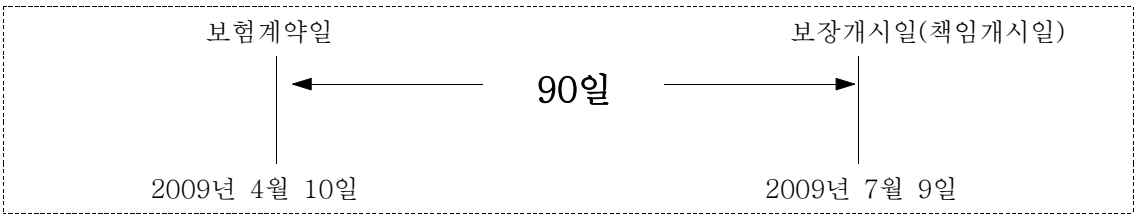
제4조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제2항 및 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「고액치료비암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 고액치료비암 진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

구 분	고액치료비암 진단비	
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
고액치료비암 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

< 보험나이 15세 이상 피보험자(보험대상자)의「고액치료비암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



* 보험나이 15세 미만 피보험자(보험대상자)의 「고액치료비암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제6조(고액치료비암의 정의 및 진단확정)

① 제4조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「고액치료비암」이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중「식도의 악성신생물」,「췌장(이자)의 악성신생물」,「뼈 및 관절연골의 악성신생물」,「뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물」,「림프, 조혈 및 관절조직의 악성신생물」(【별표-질병9】「고액치료비암 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 고액치료비암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진자에 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, 상

기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

제7조(준용규정)
이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-15. [갱신형] 고액치료비암 진단비(갱신계약용) 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)
① 회사가 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고액치료비암 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))
① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
② 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항에도 불구하고 위의 제1항의 경우 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「고액치료비암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 고액치료비암 진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.
② 제1항의 경우 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(고액치료비암의 정의 및 진단확정)

① 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 고액치료비암이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중「식도의 악성신생물」,「췌장(이자)의 악성신생물」,「뼈 및 관절연골의 악성신생물」,「뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물」,「림프, 조혈 및 관절조직의 악성신생물」(【별표-질병9】「고액치료비암 분류표」참조)을 말합니다. 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.
② 고액치료비암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진자에 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 피보험자(보험대상자)가 고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약

관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-16. [갱신형] 뇌출혈 진단비(최초계약용) 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌출혈 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 뇌출혈로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌출혈 진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

구 분	뇌출혈 진단비	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
「뇌출혈」 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「뇌출혈」이라 함은 제6차 한국표준질병 사인분류에 있어서 【별표-질병2】(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 뇌출혈의 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), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출 단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-17. [갱신형] 뇌출혈 진단비(갱신계약용) 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌출혈 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 뇌출혈로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌출혈 진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「뇌출혈」이라 함은 제6차 한국표준질병 사인분류에 있어서 【별표-질병2】(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌출혈의 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), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출 단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-18. [갱신형] 급성심근경색증 진단비(최초계약용) 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 급성심근경색증 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 super V(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 급성심근경색증으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 급성심근경색증 진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

구 분	급성심근경색증 진단비	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
「급성심근경색증」진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「급성심근경색증」이라 함은 제6차 한국표준질병 사인분류에 있어서【별표-질병3】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 급성심근경색증의 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 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법

을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-19. [갱신형] 급성심근경색증 진단비(갱신계약용) 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 급성심근경색증 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 super V(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 급성심근경색증으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증 진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「급성심근경색증」이라 함은 제6차 한국표준질병 사인분류에 있어서【별표-질병3】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 급성심근경색증의 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 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-20. [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비(최초계약용) 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 만성당뇨합병증 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 만성당뇨합병증으로 진단확정되었을 때에는 최초

1회에 한하여 아래에 정한 금액을 만성당뇨합병증 진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자) 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	만성당뇨합병증 진단비	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
「만성당뇨합병증」 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(만성당뇨합병증의 정의 및 진단확정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 만성당뇨합병증이라 함은 제6차 한국표준질병 사인분류에 있어서【별표-질병8】(만성당뇨합병증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 만성당뇨합병증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 반드시 피보험자(보험대상자)가 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

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-21. [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비(갱신계약용) 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 만성당뇨합병증 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 만성당뇨합병증으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 만성당뇨합병증 진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자) 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력

회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(만성당뇨합병증의 정의 및 진단확정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 만성당뇨합병증이라 함은 제6차 한국표준질병 사인분류에 있어서 【별표-질병8】(만성당뇨합병증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 만성당뇨합병증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 반드시 피보험자(보험대상자)가 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

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-22. [갱신형] 질병 입원일당(1일이상) 특별약관

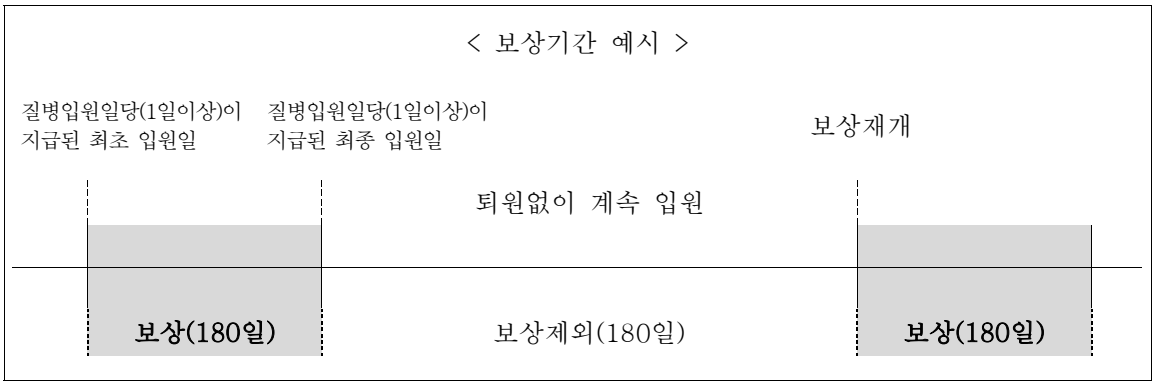
제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 때에는 입원 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(1일이상)으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

② 제1항의 질병 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 질병 입원일당(1일이상)을 계속 보상하여 드립니다.
⑥ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 무배당 삼성화재 통합보험 superV (s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항
2. 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「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.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

3-23. [갱신형] 질병 입원일당(4일이상) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

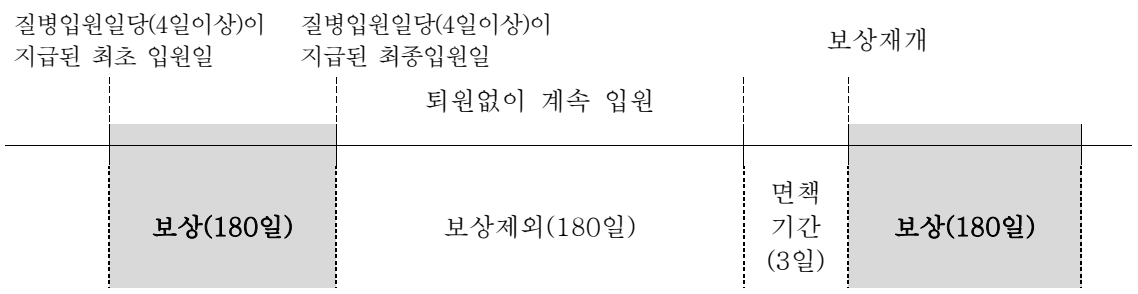
① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다)하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(4일이상)으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

② 제1항의 질병 입원일당(4일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



⑤ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 질병 입원일당(4일이상)을 계속 보상하여 드립니다.
⑥ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병 입원일당(4일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 무배당 삼성화재 통합보험 superV(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항
2. 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「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.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

3-24. [갱신형] 질병 장기입원비(31일이상) 특별약관

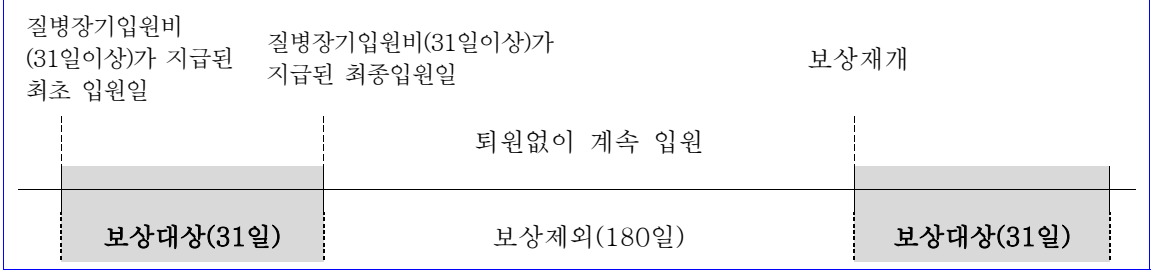
제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 31일이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 장기입원비(31일이상)으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 장기입원비(31일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 장기입원비(31일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 장기입원비(31일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



④ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병 장기입원비(31일이상)를 계속 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병 장기입원비(31일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 무배당 삼성화재 통합보험 superV(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항
2. 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

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

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「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.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

3-25. [갱신형] 5대장기이식 수술비 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 「5대장기이식 수술비」를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하「상해」라 합니다)로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받았을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식 수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

② 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(보험대상자))에게 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포이식수술은 보장에서 제외합니다.

③ 제2항의「5대장기이식수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 5대장기이식으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 "장기 등 이식에 관한 법률" 제22조(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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
2. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

3-26. [갱신형] 조혈모세포이식 수술비 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식 수술비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 super V(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 인하여 조혈모세포이식수술을 받았을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 조혈모세포이식 수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

② 제1항의 「조혈모세포이식」이라 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 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. 「동종(allogenic)말초조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. 「자가(autologous)골수조혈모세포이식」이라 함은 피보험자(보험대상자)의 골수내 조혈모세

포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.

4. 「자가(autologous)말초조혈모세포이식」이라 함은 피보험자(보험대상자)의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. 「제대혈조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-27. [갱신형] 음식매개 세균성장염 위로금 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 음식물의 섭취를 직접적인 원인으로 하여【별표-질병10】(음식매개 세균성장염 분류표)에 정한 질병(이하 「음식매개 세균성장염」이라 합니다)으로 진단 확정되고, 그 직접결과로써 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다)하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 음식매개 세균성장염 위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

② 제1항의「음식매개 세균성장염」이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요증세로 하는 급성질환으로써 (【별표-질병10】「음식매개 세균성장염 분류표」참조)에 해당하는 질병으로 분류되는 경우를 말합니다.
③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한「음식매개 세균성장염」의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
④ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가「음식매개 세균성장염」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 음식매개 세균성장염 위로금을 보상하여 드립니다.
⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 음식매개 세균성장염 위로금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 무배당 삼성화재 통합보험 superV (s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항
2. 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 음식매개 세균성장염의 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.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금(다만, 사망당시 피보험자(보험대상자)의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 특별약관의 책임준비금과 이미 납입한 이 특별약관의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

3-28. [갱신형] 중대한뇌졸중 진단비(최초계약용) 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 중대한뇌졸중 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 「중대한뇌졸중」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중대한뇌졸중 진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

구 분	중대한뇌졸중 진단비	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
「중대한뇌졸중」 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(중대한뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서「중대한뇌졸중」이라 함은 뇌혈관의 급격한 장애(지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증)로 인해 뇌혈액순환의 급격한 차단이 생겨서 그 결과 영구적인 신경학적결손(언어장애, 운동실조, 마비 등)이 나타나는 질병을 말합니다.

② 제1항의 뇌혈액순환의 급격한 차단은 의사가 작성한 진료기록부 상의 전형적인 병력을 기초로 하여야 하며, 영구적인 신경학적결손이란 주관적인 자각증상(Symptom)이 아니라 신경학적검사를 기초로 한 객관적인 신경학적증후(Sign)로 나타난 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 "신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때"의 지급률이 25% 이상인 장해상태[장해분류별 판정기준 13.신경계·정신행동 장해 "가.장해의 분류 1)" 및 "나.장해판정기준 1) 신경계 ①,③"에 따라 판정함]를 말합니다.

③ 일과성 허혈 발작(Transient Ischemic Attack), 가역적허혈성 신경학적 결손(Reversible Ischemic Neurological Deficit)은 보장에서 제외합니다. 또한, 다음과 같은 뇌경색증, 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈의 경우에도 보장에서 제외합니다.

1. 외상으로 인한 경우
2. 뇌종양으로 인한 경우
3. 뇌수술 합병증으로 인한 경우
4. 신경학적 결손을 가져오는 안동맥(Ophthalmic Artery)의 폐색

④ 중대한뇌졸중의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층 촬영(Brain CT Scan), 자기

공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술(MRA), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 영구적인 신경학적 결손에 일치되게 중대한뇌졸중에 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 중대한뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

3-29. [갱신형] 중대한뇌졸중 진단비(갱신계약용) 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 중대한뇌졸중 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 「중대한뇌졸중」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한뇌졸중 진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(중대한뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서「중대한뇌졸중」이라 함은 뇌혈관의 급격한 장애(지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증)로 인해 뇌혈액순환의 급격한 차단이 생겨서 그 결과 영구적인 신경학적결손(언어장애, 운동실조, 마비 등)이 나타나는 질병을 말합니다.
② 제1항의 뇌혈액순환의 급격한 차단은 의사가 작성한 진료기록부 상의 전형적인 병력을 기초로 하여야 하며, 영구적인 신경학적결손이란 주관적인 자각증상(Symptom)이 아니라 신경학적검사를 기초로 한 객관적인 신경학적증후(Sign)로 나타난 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 "신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때"의 지급률이 25% 이상인 장해상태[장해분류별 판정기준 13.신경계·정신행동 장해 "가.장해의 분류 1)" 및 "나.장해판정기준 1) 신경계 ①,③"에 따라 판정함]를 말합니다.
③ 일과성 허혈 발작(Transient Ischemic Attack), 가역적허혈성 신경학적 결손(Reversible Ischemic Neurological Deficit)은 보장에서 제외합니다. 또한, 다음과 같은 뇌경색증, 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈의 경우에도 보장에서 제외합니다.

1. 외상으로 인한 경우
2. 뇌종양으로 인한 경우
3. 뇌수술 합병증으로 인한 경우
4. 신경학적 결손을 가져오는 안동맥(Ophthalmic Artery)의 폐색

④ 중대한뇌졸중의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층 촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술(MRA), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 영구적인 신경학적 결손에 일치되게 중대한뇌졸중에 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 중대한뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다(단, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.)

4. 실손의료비관련 특별약관 일반조항

제1조(가입대상자)

① 회사는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자) 본인(이하「본인」이라 합니다) 및 본인의 가족을 가입대상자로 하며, 가입대상자 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 사람을 피보험자(보험대상자)로 하여 각각의 상해 또는 질병관련 손해를 보상하여 드립니다.

② 제1항의 본인의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자)에서 정한 배우자(이하「배우자」라 합니다)
2. 본인의 가족관계등록부상 부모(이하「본인의 부모」라 합니다)
3. 배우자의 가족관계등록부상 부모(이하「배우자의 부모」라 합니다)
4. 만 30세 이하의 미혼자녀(이하「만 30세 이하 미혼자녀」라 합니다)로 합니다.

제2조(특별약관의 보장변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간 중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하 「보장변경」이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

4-1. [갱신형] 실손의료비 특별약관

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

제1장 일반사항

제1조(담보종목)

① 회사가 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.

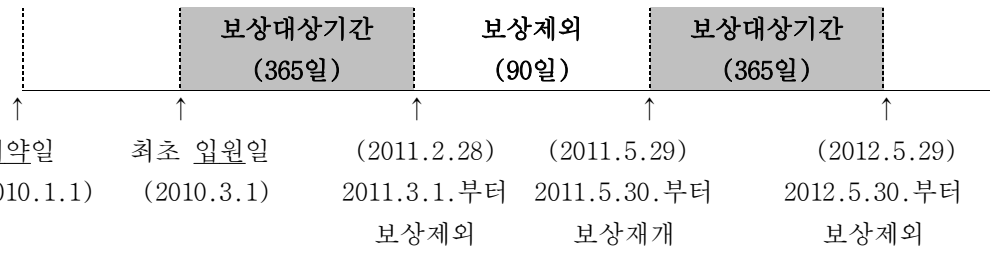
제2조(용어정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 정의는【붙임】과 같으며 해당 용어는 이 약관에서 밑줄을 그어 표시합니다.

제2장 회사가 보상하는 사항

제3조(담보종목별 보장내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)
상해
입원</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 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여(상급병실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 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 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 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 입원일부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 동일한 상해로 인하여 최초 입원일부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해로 보아 다시 보상하여 드립니다.
<보상기간 예시>


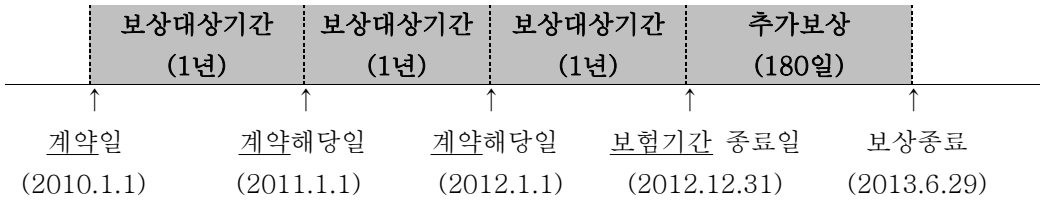
</td></tr>
</table>

담보 종목	보상하는 사항
(1) 상해 입원	⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일부터 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.

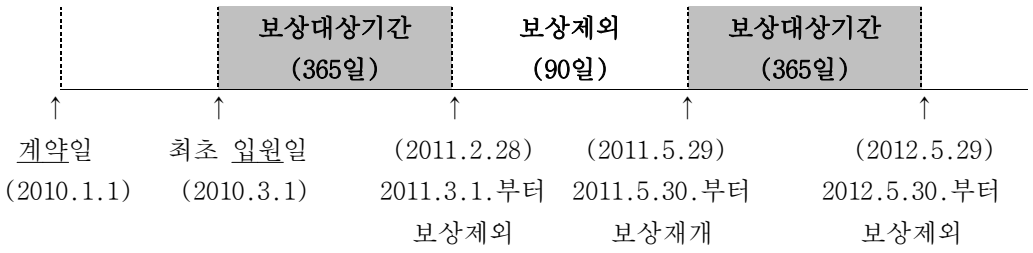
<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(2)
상해
통원</td><td>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th>구 분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>외래</td><td>방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도)</td></tr>
<tr><td>처방
조제비</td><td>처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 한도)</td></tr>
</table>
주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.

<표1 항목별 공제금액>
<table>
<tr><th>구 분</th><th>보상금액</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td rowspan="3">외래
(외래제비용
및
외래수술비
합계)</td><td>의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 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 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td><td>1만
5천원</td></tr>
<tr><td>국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원</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>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(2)
상해
통원</td><td>② 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>


③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제2항을 적용합니다. 이 때 외래에 대한 공제금액은 2회 이상의 중복방문 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 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 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.</td></tr>
</table>

<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 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여(상급병실료 차액 제외)'부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 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 알릴 의무(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 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 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.
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 입원일부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)까지 보상하여 드립니다. 다만, 하나의 질병으로 인하여 최초 입원일부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 질병으로 인한 입원으로 보아 다시 보상하여 드립니다.
<보상기간 예시>

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

담보 종목	보상하는 사항
(3) 질병 입원	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. 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다. ⑨ 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. ⑩ 이 약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

담보 종목	보상하는 사항

(4) 질병 통원

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.

구 분	보상금액
외래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방 조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

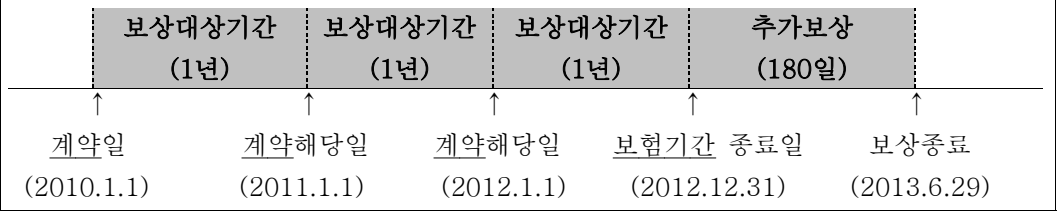
주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.

<표1 항목별 공제금액>

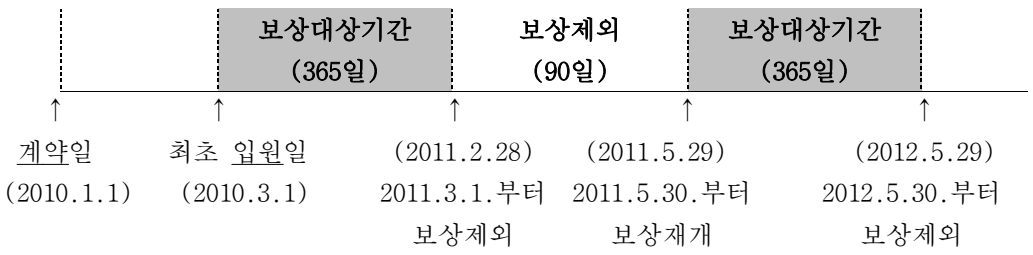
구 분	보상금액	공제금액
외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원
처방 조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

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

<보상기간 예시>



담보 종목	보상하는 사항
(4) 질병 통원	③ 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료 시(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 알릴 의무(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 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다. ⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. ⑨ 이 약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 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 각각5,000만원을 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 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여(상급병실료 차액 제외)'부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 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 알릴 의무(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 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 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.
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 입원일부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 최초 입원일부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해 또는 질병으로 보아 다시 보상하여 드립니다.
<보상기간 예시>

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

담보 종목	보상하는 사항
(5) 종합 입원	⑥ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일부터 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. 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다. ⑩ 제9항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. ⑪ 이 약관 제16조(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)
<u>종합
통원</u></td><td>
① <u>회사</u>는 <u>피보험자(보험대상자)</u>가 <u>상해</u> 또는 질병으로 인하여 <u>병원</u>에 <u>통원</u>하여 치료를 받거나 <u>처방조제</u>를 받은 경우에는 <u>통원의료비</u>로서 매년 <u>계약</u>해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(<u>외래제비용</u>, <u>외래수술비</u>) 및 <u>처방조제비</u>를 각각 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th>구 분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>외래</td><td>방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 <u>계약</u>해당일부터 1년간 방문 180회 한도)</td></tr>
<tr><td>처방
조제비</td><td>처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 <u>처방조제비</u>의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 <u>계약</u>해당일부터 1년간 처방전 180건 한도)</td></tr>
</table>
주) 외래 및 <u>처방조제비</u>는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 <u>계약자</u>가 정하는 금액으로 합니다
<표1 항목별 공제금액>
<table>
<tr><th>구 분</th><th>보상금액</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td rowspan="3">외래
(<u>외래제비용</u>
및
<u>외래수술비</u>
합계)</td><td>의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 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 제2항 제3호에 의한 종합병원, <u>병원</u>, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td><td>1만
5천원</td></tr>
<tr><td>국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원</td><td>2만원</td></tr>
<tr><td>처방
조제비</td><td>국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 <u>약국</u>, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(<u>의사</u>의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 <u>약사</u>의 직접조제 1건당)</td><td>8천원</td></tr>
</table>
② 제1항의 <u>상해</u>에는 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 '<u>계약</u> 전 알릴 의무(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 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 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 만료일부터 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. 이 때 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. 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, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다. ⑨ 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. ⑩ 이 약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3장 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 6. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 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 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

담보 종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 입원	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(본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 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. 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) 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. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. 10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 6. 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 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

담보 종목	보상하지 않는 사항
(2) 상해 통원	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(본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 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. 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) 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, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. 10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

담보 종목	보상하지 않는 사항
(3) 질병 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 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 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.(【별표-실손의료비1】「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(본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 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. 6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 7. 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) 8. 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 9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. 11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다) 12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 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 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.(【별표-실손의료비1】「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(본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 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. 6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 7. 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) 8. 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, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. 11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외) 12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

담보 종목	보상하지 않는 사항
(5) 종합 입원	① 상해에 대하여는 '상해입원'을 적용 ② 질병에 대하여는 '질병입원'을 적용
(6) 종합 통원	① 상해에 대하여는 '상해통원'을 적용 ② 질병에 대하여는 '질병통원'을 적용

제4장 계약의 성립과 유지

제5조(계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 "진단계약"이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

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

제6조(청약의 철회)

① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 청약을 철회할 수 없으며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하「통신판매 계약」이라 합니다)의 경우(보험기간이 1년 이상인 계약에 한함)에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 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 지급사

유가 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, 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제4호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자는 수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 수익자를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경후 수익자는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.

⑤ 계약자가 제4항의 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 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

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. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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 책임준비금(단, 사망당시 피보험자의 나이가 만 15세 미만인 경우 이 계약의 책임준비금과 이미 납입한 이 계약의 보험료 중 큰 금액)을 지급하여 드리고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제11조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5장 보험료의 납입 등

제12조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다)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, 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제22조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제24조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

③ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 및 제2항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제13조(제2회 이후 보험료의 납입)

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.

제14조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하

게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 합산한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 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 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

② 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 당해 전자문서에 대하여 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 회사가 그 청약을 승낙한 때에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 예정이율 + 1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제5조(계약의 성립), 제12조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제22조(계약 전 알릴 의무) 및 제24조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제17조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

① 타인을 위한 계약의 경우 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우에는, 회사는 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 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날로부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 경과하여 도달하고 이후 수익자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
⑤ 수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)로부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제18조(해지환급금)

① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제19조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제6장 다수보험의 처리 등

제20조(다수보험의 처리)

① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

계약의 보상대상의료비 중 최고액 × (각 계약별 보상책임액 / 각 계약별 보상책임액의 합계액)

제21조(연대책임)

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

② 제1항에 의하여 보험금을 지급한 회사는 수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제7장 계약 전 알릴 의무 등

제22조(계약 전 알릴 의무)

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

제23조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

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

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

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

제24조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제22조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제23조(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 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 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)
5. 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 의하여 계약을 해지하였을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

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, 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제23조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 보장하여 드립니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제25조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 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 해지환급금을 지급합니다.

제26조(사기에 의한 계약)

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

제8장 보험금 지급의 절차 등

제27조(주소변경통지)

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

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

제28조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 수익자를 대리하는 것으로 합니다.

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

③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제29조(보험금 지급사유의 통지)

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

제30조(보험금 등 청구시 구비서류)

① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 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

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원이어야 합니다.

제31조(보험금의 지급)

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

② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제30조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제4항에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우

③ 회사는 제1항의 규정에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다) 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

④ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자는 제24조(알릴의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제32조(환급금의 지급)

① 회사는 계약자 및 수익자의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 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 해지환급금의 경우 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용하여 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제33조(보험금 받는 방법의 변경)

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

② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계

약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제34조(계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항, 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)의 규정을 따릅니다.

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

제35조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해지환급금 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, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금과 보험계약대출 원리금을 차감합니다.

④ 회사는 수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제9장 분쟁조정 등

제36조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약의 경우에는 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 할 수 있습니다.

1. 광기록매체 또는 전자우편 등의 전자적 방법으로 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 송부하는 방법. 이 경우 계약자 또는 그 대리인이 이를 수신한 때에 당해 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 드린 것으로 봅니다.
2. 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
3. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과

확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 청약시 계약자에게 드리지 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. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

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

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

제37조(소멸시효)

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

제38조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제39조(관할법원)

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

제40조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

제41조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위하여

만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제42조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 수익자에게 발생된 손해에 대하여는 보험업법 등 관계 법률 등에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제43조(회사의 파산선고와 해지)

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

② 제1항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제44조(예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제45조(준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

【붙임】 용어의 정의

용어	정의
계약	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
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

용어	정의
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
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
의료급여	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 의료급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금 상한제	국민건강보험법상 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
의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	의료급여법상 의료급여 중 연간 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보상대상 의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 -보상제외금액) ×회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

5. 재물관련 특별약관 일반조항

제1조(가입대상자)

① 회사는 무배당 삼성화재 통합보험 super V(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자) 본인(이하「본인」이라 합니다) 및 본인의 가족을 가입대상자로 하며, 가입대상자 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 사람을 피보험자(보험대상자)로 하여 피보험자(보험대상자) 별로 각각의 재물관련 손해를 보상하여 드립니다.

② 제2항의 피보험자(보험대상자) 본인의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자)에서 정한 배우자(이하「배우자」라 합니다)
2. 본인의 가족관계등록부상 부모(이하「본인의 부모」라 합니다)
3. 배우자의 가족관계등록부상 부모(이하「배우자의 부모」라 합니다)
4. 만 30세 이하의 미혼자녀(이하「만 30세 이하 미혼자녀」라 합니다)로 합니다.

제2조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약의 경우에는 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 할 수 있습니다.

1. 광기록매체 또는 전자우편 등의 전자적 방법으로 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 송부하는 방법. 이 경우 계약자 또는 그 대리인이 이를 수신한 때에 당해 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 드린 것으로 봅니다.
2. 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
3. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 청약시 계약자에게 드리지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 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 계약자 및 피보험자(보험대상자)가 동일한 계약은 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 제3호의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 전달한 것으로 봅니다.

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합

니다.

제3조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제4조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험목적에 사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제6조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에는, 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 포함합니다)에게 다음의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.

1. 납입최고(독촉)기간 안에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 그 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용
3. 계약자가 회사로부터 보험계약대출을 받은 경우에는, 계약이 해지되는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용

② 제1항의 납입최고(독촉)기간은 납입최고(독촉)의 통지가 계약자(타인을 위한 계약의 경우에는 그 특정된 타인을 포함)에게 도달한 날부터 시작되며, 그 기간의 말일(말일이 토요일 또는 공휴일인 경우에는 그 다음의 최초의 평일)에 끝납니다.

③ 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에

서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

① 타인을 위한 계약의 경우 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 피보험자(보험대상자)가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(계약내용의 변경 등)에 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자(보험대상자)로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 피보험자(보험대상자)에게 통지하여야 합니다.
② 회사는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
③ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 경과하여 도달하고 이후 피보험자(보험대상자)가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
④ 피보험자(보험대상자)는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제8조(손해액의 조사결정)

회사가 보상할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에서의 보험가액에 따라 계산합니다.

제9조(보험금의 분담)

① 이 재물관련 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 손해를 보상하여 드립니다.
② 피보험자(보험대상자)가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제10조(현물보상)

회사는 손해의 일부 또는 전부에 대하여 재건축, 수리 또는 현물의 보상으로서 보험금의 지급에 대신할 수 있습니다.

제11조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.
② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키

는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.
③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제12조(잔존물)
회사가 잔존물을 인수하지 아니할 뜻을 나타내고 손해를 보상한 경우에는 그 잔존물은 피보험자(보험대상자)의 소유가 됩니다.

제13조(계약 전 알릴 의무)
계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인은 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상「고지의무」와 같습니다)합니다.

<계약 전 알릴 의무>
상법 제651조에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자(보험대상자)는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제14조(계약 후 알릴 의무)
① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 계약을 맺은 후 보험목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
1. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
2. 보험목적을 양도할 때
3. 보험목적 또는 보험목적을 수용하는 건물의 구조를 변경, 개축, 증축하거나 계속해서 15일 이상 수선할 때
4. 보험목적 또는 보험목적을 수용하는 건물의 용도를 변경함으로써 위험이 증가하는 경우
5. 보험목적 또는 보험목적이 들어있는 건물을 계속하여 30일 이상 비워 두거나 휴업하는 경우
6. 보험목적을 다른 장소로 옮길 때
7. 위 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때

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

제15조(알릴 의무 위반의 효과)
① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 14조(계약 전 알릴 의무))에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제15조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약

후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

② 제1항 제1호의 규정에도 불구하고 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하 「보험설계사 등」이라 합니다)가 계약자 또는 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 의하여 계약을 해지하였을 때에는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 5.재물관련 특별약관의 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

④ 제1항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 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 서면으로 알려 드립니다.

⑤ 손해가 제1항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 보상하여 드립니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제16조(중대사유로 인한 해지)

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

1. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제29조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제17조(주소변경통지)

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

제18조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제19조(손해의 통지 및 조사)

① 보험목적에 손해가 생긴 경우 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.
② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
③ 회사가 제1항에 대한 손해의 사실을 확인하기 어려운 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 필요한 증거자료의 제출을 요청할 수 있습니다.
④ 회사는 제1항의 통지를 받은 때에는 사고가 생긴 건물 또는 그 구내와 거기에 들어있는 피보험자(보험대상자)의 소유물을 조사할 수 있습니다.

제20조(보험금 등 청구 시 구비서류)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
3. 배상책임의 경우 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제21조(보험금의 지급)

① 회사는 제20조(보험금 등 청구 시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다.
② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자(보험대상자)의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
③ 회사는 제1항의 규정에서 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

제22조(보험금 받는 방법의 변경)

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

제23조(특별약관의 보장변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간 중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하「보장변경」이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

제24조(보험목적에 대한 조사)

회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중에 언제든지 보험목적 또는 이들이 들어있는 건물이나 구내를 조사할 수 있습니다.

제25조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

5-1. [갱신형] 화재 및 붕괴 등의 손해(Ⅱ) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에 따라 보험에 가입한 물건(보험증권(보험가입증서)에 기재된 물건에 한하며, 이하「보험목적」이라 합니다)이 화재(벼락을 포함합니다. 이하 같습니다) 및 폭발, 파열로 입은 아래의 손해(이하「화재손해」라 합니다)와 붕괴, 침강 및 사태로 인하여 보험의 목적에 발생한 손해(이하 「붕괴 등의 손해」라 합니다)를 보상하여 드립니다.

1. 화재 및 폭발, 파열에 따른 손해
2. 화재 및 폭발, 파열에 따른 소방손해
3. 화재 및 폭발, 파열에 따른 피난손해(피난지에서 5일 동안에 보험목적에 생긴 위 제1호, 제2호의 손해를 포함합니다)

② 제1항의 붕괴, 침강, 사태라 함은 다음을 말합니다.

1. 붕괴 : 폭발, 파열, 화재 등의 외력이 아닌 통상적 용도에 따라 건물 또는 건축구조물을 사용할 때에 그 자체의 내부결함이나 부식 및 침식 등으로 그 전부나 일부가 갑자기 무너져 내리는 것을 말합니다. 다만, 균열 또는 파손에 의해 일부가 떨어지는 것은 붕괴로 보지 아니합니다.
2. 침강 : 폭발, 파열, 화재 등의 외력이 아닌 통상적 용도에 따라 건물 또는 건축구조물을 사용할 때에 그 자체의 내부결함이나 부식 및 침식 등으로 그 전부나 일부가 갑자기 내려 앉는 것을 말합니다.
3. 사태 : 비로 말미암아 산이나 언덕의 토사가 한꺼번에 무너져 내리는 것을 의미합니다.

③ 제1항의 「화재손해」가 발생한 경우 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 지출한 잔존물제거비용을 추가로 지급합니다.

④ 제3항의 잔존물제거비용이라 함은 사고현장에서의 잔존물의 해체비용, 청소비용(사고현장 및 인근지역의 토양, 대기, 수질 오염물질 제거비용과 차에 실은 후 폐기물 처리비용은 포함하지 아니합니다) 및 상차비용(차에 싣는 비용)을 말합니다. 다만, 이 보험증권(보험가입증서)에서 보장하지 아니하는 위험으로 보험목적이 손해를 입거나 관계법령에 의해 제거됨으로써 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

제2조(보험목적의 범위)

제1조(보상하는 손해) 제1항에서 보험목적이라 함은 아래의 물건을 말합니다.

① 이 계약에서 보험목적이라 함은 아래의 물건을 말합니다.

1. 주택으로만 쓰이는 건물 중 다음의 것 또는 그 수용가재
   ㉮ 단독주택(다중주택, 다가구주택 포함)
   ㉯ 주택의 부속건물로서 가재만을 수용하는 데 쓰이는 것
   ㉰ 연립(다세대)주택, 아파트로서 각 호(실)가 주택으로 쓰이는 것, 다만 아파트에는 단지내상가를 제외한 구내의 부대시설 또는 복리시설을 포함함
2. 주택병용 건물로써 아래의 용도로 사용하는 건물 및 그 수용가재
   ㉮ 교습소(피아노, 꽃꽂이, 국악, 재봉 및 이와 비슷한 것)
   ㉯ 치료(안수, 침구(침질, 뜸질), 접골, 조산원 및 이와 비슷한 것)

② 아래의 물건은 보험목적에 포함되지 아니합니다.

1. 통화(기념주화 포함), 유가증권, 인지, 우표 등 이와 비슷한 것
2. 자동차(자동3륜차, 자동2륜차를 포함합니다.) 단, 전시용 자동차는 제외합니다.

③ 아래의 물건은 보험증권(보험가입증서)에 기재하여야만 보험목적이 됩니다.

1. 귀금속, 귀중품(무게나 부피가 휴대할 수 있으며 점당 300만원 이상), 보옥, 보석, 글·그림, 골동품, 조각물 및 이와 비슷한 것. 단, 상품인 경우에는 제외합니다.
2. 원고, 설계서, 도안, 물건의 원본, 모형, 증서, 장부, 금형, 목형, 소프트웨어 및 이와 비슷한 것

④ 아래의 물건은 다른 약정이 없으면 보험목적에 포함됩니다.

1. 건물의 경우
   ㉮ 건물의 부속물 : 피보험자(보험대상자) 소유인 간막이, 대문, 담, 곳간 및 이와 비슷한 것
   ㉯ 건물의 부착물 : 피보험자(보험대상자) 소유인 간판, 네온사인, 안테나, 선전탑 및 이와 비슷한 것
   ㉰ 건물의 부속설비 : 피보험자(보험대상자) 소유인 전기, 가스, 난방, 냉방설비 및 이와 비슷한 것
2. 가재인 경우 : 피보험자(보험대상자)와 같은 세대에 속하는 사람의 소유물

제3조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래와 같은 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실
2. 화재 또는 폭발, 파열사고가 났을 때에 생긴 도난 또는 분실
3. 보험목적의 발효, 자연발열, 자연발화. 그러나 자연발열 또는 자연발화로 연소된 다른 보험목적에 생긴 손해는 보상하여 드립니다
4. 동결로 인한 수도관, 수관 또는 수압기의 파열

5. 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 지진, 분화(噴火), 해일, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동(군중 또는 다수인의 집단행동에 의해 전국 또는 일부지역에 있어서 현저히 평온을 해쳐 치안유지상 중대한 사태라고 인정되는 상태를 말합니다), 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능오염
8. 발전기, 여자기(정류기 포함), 변류기, 변압기, 전압조정기, 축전기, 개폐기, 차단기, 피뢰기, 배전기 및 그 밖의 전기기기 또는 장치의 전기적 사고로 생긴 손해. 그러나 전기적 사고로 손해가 생긴 그 전기기기 또는 장치 이외의 보험목적에 생긴 화재, 폭발 또는 파열로 인한 손해는 보상하여 드립니다.
9. 국가 및 지방자치단체의 명령에 의한 재산의 소각 및 이와 유사한 손해

제4조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리 한 때에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.
② 회사는 제1항의 손해방지 또는 경감에 소요된 필요 또는 유익한 비용(이하「손해방지비용」이라 합니다)은 보험에 가입한 금액(이하「보험가입금액」이라 합니다)의 보험목적의 가액(이하「보험가액」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 제5조(지급보험금)의 지급보험금 계산방법에 준하여 이를 보상하여 드립니다.
③ 회사는 제5조(지급보험금)의 지급보험금에 제2항의 손해방지비용을 합한 금액이 보험가입금액을 초과하더라도 이를 지급하여 드립니다.

제5조(지급보험금)

① 회사가 지급할 제1조(보상하는 손해)의 손해가 생긴 때에는 1사고마다 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 한도로 손해액 전부(보험가액을 한도로 합니다)를 보상하여 드립니다.
② 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 클 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1인에 대한 보험금 청구를 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

1. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 계약의 보험가입금액의 합계액}}$$

2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

③ 하나의 보험가입금액으로 둘 이상의 보험목적을 계약한 경우에는 전체 보험가액에 대한 각 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분 합니다.

제6조(보험금 등의 지급한도)

제1조(보상하는 손해) 제1항의 손해에 의한 보험금과 동조 제3항의 잔존물제거비용은 각각 제4조(지급보험금)의 계산을 준용하여 계산하며, 그 합계액은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 한도로 합니다. 다만, 잔존물제거비용은 손해액의 10%를 초과할 수 없습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

회사가 제1조(보상하는 손해)의 화재손해 또는 붕괴 등의 손해를 보상한 경우에는, 그 지급액이 한 번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 합니다)의 80%이하인 때에는 이 계약의 보험가입금액은 감액되지 아니하며, 80%를 넘을 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보험목적에 대한 계약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다. 또한 보험목적이 둘 이상인 때에는 각각 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관 및 재물관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

5-1-1. [갱신형] 특수건물 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 추가특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」 제2조 제3호와 동법 시행령 제2조 제1항에서 정하는 특수건물(동산은 제외합니다. 이하「특수건물」이라 합니다)에 대하여는 아래의 위험으로 인하여 보험목적에 생긴 손해도 보상하여 드립니다.

1. 태풍, 회오리바람, 폭풍, 폭풍우, 홍수, 해일, 범람 및 이와 비슷한 풍재 또는 수재
2. 항공기 또는 그로부터의 낙하물

제2조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 특별약관 5-1.[갱신형] 화재 및 붕괴 등의 손해(Ⅱ) 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에 정한 손해 및 아래와 같은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보험목적에 생긴 분실 또는 도난손해
2. 원인의 직접, 간접에 관계없이 풍재 또는 수재로 생긴 폭발 또는 파열 손해
3. 원인의 직접, 간접에 관계없이 지진 또는 분화로 생긴 손해

4. 풍재 또는 수재에 관계없이 댐 또는 제방이 터지거나 무너져 생긴 손해
5. 바람, 비, 눈, 우박 또는 모래, 먼지가 들어옴으로써 생긴 손해. 그러나 보험목적인 건물이 풍재 또는 수재로 직접 파손되어 보험목적에 생긴 손해는 보상하여 드립니다.
6. 추위, 서리, 얼음, 눈으로 생긴 손해
7. 풍재의 직접, 간접에 관계없이 보험목적인 네온싸인장치에 전기적 사고로 생긴 손해 및 건식전구의 필라멘트에 생긴 손해

② 회사는 보험의 목적이 전용주택인 경우에는 제1항의 제2호의 손해는 보상하여 드립니다.

제3조(추가특별약관의 소멸)

무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 특별약관 5-1.[갱신형] 화재 및 붕괴 등의 손해(Ⅱ) 특별약관 제7조(특별약관의 소멸)에 따라 해당 특별약관 계약이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 추가특별약관 계약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관, 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 특별약관 5-1.[갱신형] 화재 및 붕괴 등의 손해(Ⅱ) 특별약관 및 재물관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

5-1-2. [갱신형] 신체손해 배상책임 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 추가특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 특수건물의 화재로 타인이 사망하거나 부상함으로써 건물소유자 배상책임에 따라 피보험자(보험대상자)가 부담해야 할 손해(이하「손해」라 합니다)를 보상하여 드립니다.

② 회사는 보험의 목적이 전용주택인 경우에는 폭발, 파열로 인한 손해도 보상하여 드립니다.

제2조(용어의 정의)

이 추가특별약관에서 사용하는 용어의 정의는 아래와 같습니다.

① 특수건물이라 함은「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하「법」이라 합니다) 제2조 제3호와 동법시행령(이하「시행령」이라 합니다) 제2조 제1항에서 정하는 건물을 말합니다.

② 건물소유자 배상책임이라 함은 법 제4조 제1항에서 정하는 배상책임을 말합니다. 단, 특수건물이 전용주택인 경우에는 폭발, 파열로 인한 민법상의 배상책임을 포함합니다.

③ 타인이라 함은 특수건물의 소유자 및 그 주거를 같이하는 직계가족(법인인 경우는 이사 또는 업무집행기관) 이외의 사람을 말합니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피해자 고의나 법령 위반(고의 또는 중과실로 법령을 위반하고 법령위반사실과 보험사고간

인과관계가 있는 경우에 한합니다)으로 발생한 화재(보험목적이 전용주택인 경우에는 폭발, 파열을 포함합니다)로 피해자 본인이 입은 손해
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
4. 핵연료물질(사용된 연료를 포함) 또는 핵연료물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

제4조(피보험자(보험대상자)의 권리, 의무의 승계)
특수건물이 양도된 경우에 양수인 또는 그 지정하는 자는 이 계약에 의한 피보험자(보험대상자)의 권리, 의무를 승계한 것으로 봅니다.

제5조(조사)
① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자(보험대상자)의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자(보험대상자)에게 요청할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자(보험대상자)의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제6조(보험금의 지급과 보상한도)
이 추가특별약관에 따른 보험금의 청구 및 지급방법과 보상한도는 법 제8조 제1항 제2호, 제3호, 시행령 제5조 내지 제8조, 동 시행 규칙 제2조(【별표-재물1】 참조)에 따라 결정됩니다.

제7조(보험금의 비례배분)
피보험자(보험대상자)가 둘 이상인 때에는 회사가 지급할 보험금을 한도로 하여 재해를 입은 특수건물의 소유지분 비율에 따라 보상하여 드립니다.

제8조(손해의 발생 및 통지)
① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제1항 각 호의 통지를 게을리함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 아니합니다.

제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자(보험대상자)에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자(보험대상자)가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자(보험대상자)에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자(보험대상자) 및 계약자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제10조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제1조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제11조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상하여 드립니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자(보험대상자)가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에

의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제12조(의무보험과의 관계)

① 회사는 이 추가특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제11조(보험금의 분담)를 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자(보험대상자)가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 의무보험에서 보상하는 금액으로 봅니다.

제13조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자(보험대상자)가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.

③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제14조(계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 계약을 맺은 후 보험목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

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

제15조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

① 회사는 피보험자(보험대상자)의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자(보험대상자)가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자(보험대상자)를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

② 회사는 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도(동일한 사고로 이미 지급한 보

험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.
③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자(보험대상자)는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.
④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 때
⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자(보험대상자)에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자(보험대상자)는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제16조(추가특별약관의 소멸)

무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 특별약관 5-1.[갱신형] 화재 및 붕괴 등의 손해(Ⅱ) 특별약관 제7조(특별약관의 소멸)에 따라 해당 특별약관 계약이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 추가특별약관 계약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

제17조(준용규정)

이 추가특별약관, 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 특별약관 5-1.[갱신형] 화재 및 붕괴 등의 손해(Ⅱ) 특별약관 및 재물관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

5-1-2-가. 신규특수건물의 안전점검 전 선계약 추가특별약관

이 계약은「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」 제16조의 규정에 따라 안전점검을 실시하고 계약을 체결하여야 하나, 부득이한 사유로 안전점검 실시 전 계약을 체결키로 하고 조속한 시일 내에 안전점검을 실시 후 보험목적물의 구조, 급수, 면적, 작업공정, 직업 등이 서로 다를 경우에는 아래와 같은 시점을 기준으로 그 결과에 따라 보험가입금액을 조정할 수 있으며 보험료의 차액을 받거나 돌려드리기로 합니다.

환급 또는 추징의 기준시점

1. 보험가입금액의 조정 : 안전점검 시점
2. 적용요율 : 변경사유가 발생한 시점

5-2. [갱신형] 화재 대물배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에 따라 보험에 가입한 물건(이하「보험목적」이라 합니다)에서 발생한 화재사고로 인하여 타인의 재물을 망그러뜨려(이하「재물손해」라 합니다) 법률적인 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상하여 드립니다.

제2조(피보험자(보험대상자)의 범위)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)와 동거하는 친족, 동숙자, 일시 방문자나 피보험자(보험대상자) 본인의 친족 또는 동숙자가 고용한 자는 피보험자(보험대상자)로 봅니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자)(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의
2. 화재가 났을 때에 생긴 도난 또는 분실
3. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태
4. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
5. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다) 또는 핵연료물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성 또는 이들 특성에 의한 사고
6. 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 피보험자(보험대상자)가 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
2. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 소유, 점유, 임차, 사용하거나 보호, 관리, 통제(원인에 관계없이 모든 형태의 실질적인 통제행위를 포함합니다)하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
3. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
5. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

제4조(보상하는 손해의 범위)

① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자(보험대상자)가 제10조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   나. 피보험자(보험대상자)가 제10조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자(보험대상자)가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권(보험가입증서)상 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
   마. 피보험자(보험대상자)가 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

② 회사는 제1항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제1항 제2호 가.목, 나.목 또는 마.목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제1항 제2호 다.목 또는 라.목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

제5조(양도)

보험목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동의한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 보험계약 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 보험계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제6조(조사)

① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자(보험대상자)의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자(보험대상자)에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자(보험대상자)의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제7조(계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체 없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할

때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

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

제8조(손해의 발생 및 통지)

① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제1항 각 호의 통지를 게을리함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 아니합니다.

제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자(보험대상자)에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자(보험대상자)가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자(보험대상자)에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제10조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제1조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제11조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상하여 드립니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자(보험대상자)가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제12조(의무보험과의 관계)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제11조(보험금의 분담)를 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자(보험대상자)가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 의무보험에서 보상하는 금액으로 봅니다.

제13조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자(보험대상자)가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.

③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제14조(합의 · 절충 · 중재 · 소송의 협조 · 대행 등)

① 회사는 피보험자(보험대상자)의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자(보험대상자)가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자(보험대상자)를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

② 회사는 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자(보험대상자)는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.

④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자(보험대상자)에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자(보험대상자)는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제15조(특별약관의 소멸)

무배당 삼성화재 통합보험 super V(s1104) 특별약관 5-1.[갱신형] 화재 및 붕괴 등의 손해(Ⅱ) 특별약관 제7조(특별약관의 소멸)에 따라 해당 특별약관 계약이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관 및 재물관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 삼성화재 통합보험 super V(s1104) 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

5-3. [갱신형] 도난손해 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2조(보험목적의 범위)에서 정한 물건(이하 「보험목적」이라 합니다)이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택구내에 있는 동안 강도 또는 절도(그 미수를 포함합니다)로 인해 도난, 망가짐, 손상 및 파손된 손해(이하 「도난손해」라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 제1항의 주택구내라 함은 공동주택에 있어서는 베란다를 포함한 전용면적부분을 말하며 복도, 계단, 엘리베이터, 주차장 등의 공용면적부분은 제외합니다. 공동주택 이외 주택의 경우에는 옥상 및 담장 내를 말합니다.

<공동주택>

주택건설촉진법 시행령 제3조 제3항에 의거 대지, 벽, 복도, 계단 및 설비 등의 전부 또는 일부를 공동으로 사용하는 각 세대가 하나의 건축물 안에서 각각 독립된 주거생활을 영위할 수 있는 구조로 된 주택을 말합니다. 공동주택은 연립주택 및 아파트로 구분되며, 연립주택은 4층 이하의, 아파트는 5층 이상의 공동주택을 말합니다.

③ 회사는 도난당한 보험목적을 찾은 경우 그에 소요된 정당한 비용은 보상하여 드립니다.

제2조(보험목적의 범위)

① 제1조(보상하는 손해)에서 정한 보험목적이라 함은 아래의 물건을 말하며, 피보험자(보험대상자)와 같은 세대에 속하는 사람의 소유물에 한합니다.

1. 가재.
2. 아래의 물건은 보험증권(보험가입증서)에 기재하여야만 보험목적이 됩니다.
   ㄱ. 귀금속, 귀중품(무게나 부피가 휴대할 수 있으며 점당 300만원 이상), 보옥, 보석, 글·그림, 골동품, 조각물 및 이와 비슷한 것. 단 상품인 경우에는 제외합니다.
   ㄴ. 원고, 설계서, 도안, 물건의 원본, 모형, 증서, 장부, 금형, 목형, 소프트웨어 및 이와 비슷한 것

② 아래의 물건은 제1조(보상하는 손해)의 보험목적에 포함되지 않습니다.

1. 통화(기념주화 포함), 유가증권, 인지, 우표 등 이와 비슷한 것
2. 자동차(자동 3륜차, 자동 2륜차를 포함합니다) 단, 전시용 자동차는 제외합니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 보험목적에 생긴 아래와 같은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 도난
2. 계약자의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 도난
3. 피보험자(보험대상자)의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인 또는 감수인(監守人)이 저지르거나 가담한 도난
4. 전쟁, 폭동, 소요 또는 이와 유사한 사변으로 생긴 도난
5. 화재나 지진, 분화, 해일, 폭발 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 도난
6. 보험목적이 건물구내 밖에 있는 동안 생긴 도난
7. 보험목적의 수용장소를 계속하여 72시간 이상 비워 둔 사이에 생긴 도난
8. 보험사고가 생긴 후 30일 이내에 알지 못한 도난

제4조(도난손해 보험금)

① 회사는 제1조(보상하는 손해)의 도난손해가 발생한 때에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 한도로 손해액 전액을 보상하여 드립니다.

② 동일한 보험계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포

함합니다)이 있는 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다.

1. 다른 계약이 이 보험과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 계약의 보험가입금액의 합계액}}$$

2. 다른 계약이 이 보험과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

제5조(도난품의 귀속)

보험금을 지급하였을 때에는 도난당한 보험의 목적에 대하여 보험금의 보험가액에 대한 비율로 소유권을 가집니다. 그러나 피보험자(보험대상자)는 그 보험금에 해당하는 금액을 회사에 내고 그 도난품의 소유권을 차지할 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 재물관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

6. 배상책임관련 특별약관 일반조항

제1조(가입대상자)

① 회사는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관 (이하「보통약관」이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자) 본인(이하「본인」이라 합니다) 및 본인의 가족을 가입대상자로 하며, 가입대상자 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 사람을 기명 피보험자(보험대상자)(이하「기명 피보험자(보험대상자)」라 합니다)로 하여 각각의 배상책임관련 손해를 보상하여 드립니다.

② 제1항의 본인의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자)에서 정한 배우자(이하「배우자」라 합니다)
2. 본인의 가족관계등록부상 부모(이하「본인의 부모」라 합니다)
3. 배우자의 가족관계등록부상 부모(이하「배우자의 부모」라 합니다)
4. 만 30세 이하의 미혼자녀(이하「만 30세 이하 미혼자녀」라 합니다)로 합니다.

제2조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인이 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제3조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제4조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제5조(양도)

보험목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동의한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 보험계약 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 보험계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제6조(조사)

① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자(보험대상자)의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자(보험대상자)에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자(보험대상자)의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제7조(보험금의 분담)

① 이 배상책임관련 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없을 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상하여 드립니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자(보험대상자)가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제8조(의무보험과의 관계)

① 회사는 이 배상책임 관련 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제7조(보험금의 분담)를 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자(보험대상자)가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 의무보험에서 보상하는 금액으로 봅니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자(보험대상자)가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야

합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.
③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제10조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약시 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.

제11조(계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체 없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

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

제12조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 위의 제11조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

② 제1항 제1호의 규정에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하「보험설계사 등」이라 합니다)가 계약자 또는 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 의하여 계약을 해지하였을 때에는 이 특별약관의 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
④ 제1항에 의한 계약의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하

여 드리지 아니하며, 계약 전 알릴 의무 위반 사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
⑤ 손해가 제1항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 보상하여 드립니다.
⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제13조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제14조(손해의 발생 및 통지)

① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제1항 각 호의 통지를 게을리함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 아니합니다.

제15조(보험금 등 청구 시 구비서류)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제16조(보험금의 지급)

① 회사는 제15조(보험금 등 청구 시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다.
② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자(보험대상자)의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
③ 회사는 제1항의 규정에서 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에

더하여 드립니다. 그러나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

제17조(합의 · 절충 · 중재 · 소송의 협조 · 대행 등)

① 회사는 피보험자(보험대상자)의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자(보험대상자)가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자(보험대상자)를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
② 회사는 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.
③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자(보험대상자)는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.
④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자(보험대상자)에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자(보험대상자)는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제18조(특별약관의 보장변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간 중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하 「보장변경」이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

제19조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

6-1. [갱신형] 가정 일상생활(화재대물배상제외) 배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 제2조(피보험자(보험대상자)의 범위)에서 정한 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 아래에 열거한 사고

(이하「사고」라 합니다)로 타인의 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임(이하「대인 배상책임」이라 합니다) 또는 타인의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하「배상책임손해」라 합니다)를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 주거용으로 사용하는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택(부지 내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하「주택」이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자(보험대상자)의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

제2조(피보험자(보험대상자)의 범위)

① 제1조(보상하는 손해)에서 피보험자(보험대상자)는 아래에 정한 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자) 및 가족을 말합니다.

1. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)(이하「피보험자(보험대상자) 본인」라 합니다)
2. 피보험자(보험대상자) 본인의 가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하「배우자」라 합니다)
3. 피보험자(보험대상자) 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(민법 제777조)
4. 피보험자(보험대상자) 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거 중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자(보험대상자) 본인과 피보험자(보험대상자) 본인 이외의 피보험자(보험대상자)와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자)(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
4. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
5. 위 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 직무수행을 직접 원인으로 하는 배상책임
2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자(보험대상자)의 피용인이 피보험자(보험대상자)의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임

4. 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
5. 피보험자(보험대상자)와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
6. 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내 동산에 끼친 손해에 대하여는 그러하지 아니합니다.
7. 피보험자(보험대상자)의 심신상실로 인한 배상책임
8. 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나, 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상하여 드립니다.
11. 폭력행위로 인한 배상책임
12. 주택에서 발생한 화재사고로 인하여 타인의 재물을 망그러뜨려 발생한 배상책임
13. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
14. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
15. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

제4조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제1조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제5조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자(보험대상자)에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자(보험대상자)가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자(보험대상자)에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.
③ 피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)는 이에 협력하여야 합니다.
④ 계약자 및 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제6조(보상하는 손해의 범위)

① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자(보험대상자)가 제4조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   나. 피보험자(보험대상자)가 제4조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자(보험대상자)가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권(보험가입증서)상 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
   마. 피보험자(보험대상자)가 제5조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

② 회사는 제1항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.
1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 매회의 사고마다 자기부담금(「대물 배상책임」은 20만원,「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는「대물 배상책임」및「대인 배상책임」손해를 더한 금액을 1억원 한도로 보상합니다.
2. 제1항 제2호 가.목, 나.목 또는 마.목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제1항 제2호 다.목 또는 라.목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관 및 배상책임관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 삼성화재 통합보험 super V(s1104) 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

6-2. [갱신형] 임차자(화재, 폭발·파열, 소요노동쟁의) 배상책임 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

회사가 제2조(보상하는 손해)에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 지급액이 한 번의 사고에 대하

여 보상한도액(보험가액을 한도로 합니다)의 80% 해당액 이하인 때에는 이 특별약관의 보상한도액은 감액되지 아니하며 80%를 넘을 때에는 손해배상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

제2조(보상하는 손해)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 임차한 보험증권(보험가입증서)에 기재된 부동산이 화재, 폭발, 파열 및 소요·노동쟁의로 인하여 없어지거나 망가짐으로써 그 부동산에 대하여 정당한 권리를 가진 자에게 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제3조(피보험자(보험대상자)의 범위)

기명 피보험자(보험대상자)(임차자)와 동거하는 친족, 동숙자, 일시 방문자나 기명 피보험자(보험대상자)의 친족 또는 동숙자가 고용한 자는 피보험자(보험대상자)로 봅니다.

제4조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 아니합니다.

1. 임차자의 고의 또는 중대한 과실
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 기타 이들과 유사한 사태
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
4. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다) 또는 핵연료물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
6. 피보험자(보험대상자)가 노동쟁의의 당사자인 경우 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)측에 속하는 자가 노동쟁의와 관련하여 행한 행위로 보험목적에 생긴 손해
7. 소요 또는 노동쟁의에 대하여 공공기관이 보험목적을 압수, 징발 또는 파괴명령을 내림으로써 생긴 손해

② 회사는 피보험자(보험대상자)가 아래에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상하지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임.
2. 통상적이거나 급격한 사고에 의한 것인가의 여부에 관계없이 공해물질의 배출, 방출, 누출, 넘쳐흐름 또는 유출로 생긴 손해에 대한 배상책임 및 오염제거비용
3. 임차자가 관리하는 기간에 발생한 급·배수관, 냉난방장치, 습도조절장치, 소화전, 업무용기구, 가사용기구 및 스프링쿨러로부터의 증기, 물 또는 내용물의 누출 또는 넘쳐흐름으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 지붕, 문, 창, 통풍장치 등에서 새어 든 비 또는 눈 등으로 생긴 손해에 대한 배상책임
5. 배상책임의 목적인 임차부동산을 제외한 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 소유, 점유, 임차, 사용하거나 보호, 관리, 통제(원인에 관계없이 모든 형태의 실질적인 통제행위를 포함합니다)하는 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임

6. 자연소모, 녹, 쥐가 쏠거나 벌레가 먹음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 사고로 생긴 것이 아닌 도장제비용에 대한 배상책임
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

제4조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제2조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제5조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자(보험대상자)에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자(보험대상자)가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자(보험대상자)에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제6조(지급보험금)

① 회사는 지급할 보험금을 아래와 같이 계산합니다.

1. 보상한도액과 배상책임의 목적인 임차물건의 시가(이하「보험가액」이라 합니다)가 같을 때 : 손해액 전액

2. 보상한도액이 보험가액보다 적을 때 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{보상한도액}}{\text{보험가액}}$$

3. 보상한도액이 보험가액보다 많을 때 : 보험가액을 한도로 손해액 전액

② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 배상책임의 목적인 임차건물에 화재보험계약을 체결하였을 경우에 화재보험의 보험가입금액과 이 특별약관의 보상한도액의 합계액이 보험가액을 초과하는 경우에는 배상책임관련 특별약관 일반조항 제7조(보험금의 분담)에 따라 손해를 보상하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관 및 배상책임관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 삼성화재 통합보험 super V(s1104) 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

※ 용어풀이

신체장해	신체장해라 함은 신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다
재물손해	재물손해라 함은 아래와 같습니다. ① 물리적으로 망그러뜨려진 유체물의 직접손해 ② 물리적으로 망그러뜨려진 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해 ③ 물리적으로 망그러뜨려지지 아니한 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해
사 고	사고라 함은 급격하게 발생하는 것을 포함하여 위험이 서서히 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 신체장해나 재물손해를 말합니다.
1회의 사고	1회의 사고라 함은 하나의 원인 또는 사실상 같은 종류의 위험에 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 사고로써 피보험자(보험대상자)나 피해자 수 또는 손해배상청구의 수에 관계없이 1회의 사고로 봅니다.
법률상의 배상책임	법률상의 배상책임이라 함은 법률규정에 따른 배상책임을 말하며, 계약에 의하여 법률규정보다 가중된 배상책임(계약상의 가중책임)은 제외합니다.

7. 비용손해관련 특별약관(자가용운전자용) 일반조항

제1조(가입대상자)

① 회사는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자) 본인(이하「본인」이라 합니다) 및 본인의 가족을 가입대상자(단, 자가용운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)로 하며, 가입대상자 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 사람을 피보험자(보험대상자)로 하여 각각의 비용관련 손해를 보상하여 드립니다.

② 제1항의 본인의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자)에서 정한 배우자(이하「배우자」라 합니다)
2. 본인의 가족관계등록부상 부모(이하「본인의 부모」라 합니다)
3. 배우자의 가족관계등록부상 부모(이하「배우자의 부모」라 합니다)
4. 만 30세 이하의 미혼자녀(이하「만 30세 이하 미혼자녀」라 합니다)로 합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고 우연한 자동차 사고(이하「자동차 운전중 사고」라 합니다)로 발생한 보험증권(보험가입증서)에 기재된 비용 손해를 보상합니다.

<용어풀이>

「**자동차를 운전하던 중**」이라 함은 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 위 제1항의 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「6종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

제3조(특별약관의 보장변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간 중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하「보장변경」이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

7-1. [갱신형] 벌금 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 비용손해관련 특별약관 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함)을 1사고마다 2,000만원을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

② 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자(보험대상자)가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장 (신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항
2. 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고
   가. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
   나. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주 또는 무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
   다. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

7-2. [갱신형] 교통사고처리지원금 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 superV(s1104) 비용손해관련 특별약관 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 자동차 중 이륜자동차를 제외합니다)를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고(이하「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)로 타인(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다)에게 다음 각 호의 1에 해당하는 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자(보험대상자)가 형사합의금으로 실제로 지급한 금액(이하「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자(보험대상자)에게 지급합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. 일반교통사고로 피해자에게 형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해를 입혀 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 제1항의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3,000만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일 이상 70일 미만 진단시	70일 이상 140일 미만 진단시	140일 이상 진단시
1,000만원	2,000만원	3,000만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3,000만원

③ 제1항에서 중대법규위반 교통사고라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표-비용1】참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니합니다.

④ 제1항에서 일반교통사고라 함은 자동차 운전중 교통사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 아니합니다.

⑤ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제2항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑥ 피보험자(보험대상자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장

4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

<용어풀이>

「형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주 또는 무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

7-3. [갱신형] 방어비용 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 superV(s1104) 비용손해관련 특별약관 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의해 구속되었거나, 검찰(검사)에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다)된 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 1사고마다 방어비용으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 삼성화재 통합보험 superV(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장 (신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항
2. 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고
   가. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
   나. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주 또는 무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
   다. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

7-4. [갱신형] 방어비용(약식기소 제외) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 비용손해관련 특별약관 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검사에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다. 단, 약식기소 제외)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행되게 되는 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 1사고마다 방어비용(약식기소 제외)으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자(보험대상자)가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 아니합니다.
② 제1항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 아니하고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항
2. 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고
   가. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
   나. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주 또는 무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
   다. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.
② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다

7-가. 비용손해관련 특별약관(영업용운전자용) 일반조항

제1조(가입대상자)

① 회사는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자) 본인(이하「본인」이라 합니다) 및 본인의 가족을 가입대상자(단, 영업용운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)로 하며, 가입대상자 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 사람을 피보험자(보험대상자)로 하여 각각의 비용관련 손해를 보상하여 드립니다.

② 제1항의 본인의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자)에서 정한 배우자(이하「배우자」라 합니다)
2. 본인의 가족관계등록부상 부모(이하「본인의 부모」라 합니다)
3. 배우자의 가족관계등록부상 부모(이하「배우자의 부모」라 합니다)
4. 만 30세 이하의 미혼자녀(이하「만 30세 이하 미혼자녀」라 합니다)로 합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고 우연한 자동차 사고(이하 「자동차 운전중 사고」라 합니다)로 발생한 보험증권(보험가입증서)에 기재된 비용 손해를 보상합니다.

<용어풀이>

「**자동차를 운전하던 중**」이라 함은 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 위 제1항의 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 「6종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

제3조(특별약관의 보장변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간 중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하 「보장변경」이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

7-가-1. [갱신형] 벌금(영업용운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 비용손해관련 특별약관(영업용운전자용) 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함)을 1사고마다 2,000만원을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

② 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자(보험대상자)가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항
2. 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고
   가. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
   나. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주 또는 무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
   다. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) , 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

7-가-2. [갱신형] 방어비용(영업용운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 비용손해관련 특별약관(영업용운전자용) 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의해 구속되었거나, 검찰(검사)에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다)된 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 1사고마다 방어비용으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장 (신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항
2. 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고
   가. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
   나. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주 또는 무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
   다. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

7-가-3. [갱신형] 면허정지 위로금(영업용운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 비용손해관련 특별약관(영업용운전자용) 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자(보험대상자)의 자동차운전면허가 행정처분에 의해 일시 정지되었을 경우에는 면허정지기간 동안 최고 60일을 한도로 1사고마다 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 면허정지 위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다. 다만, 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 면허정지위로금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항의 면허정지기간이라 함은 행정기관의 교정교육을 이수하여 면허정지기간을 감경받았거나 감경받을 수 있는 경우에는 전체 면허정지기간에서 감경받았거나 감경받을 수 있는 기간을 차감한 기간을 말합니다. 단, 행정기관의 교정교육을 이수하지 않아 면허정지기간을 감경받지 못하여 면허정지 처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조회 확인서를 제출할 경우에는 그러하지 아니합니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항
2. 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고
   가. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
   나. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주 또는 무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
   다. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

7-가-4. [갱신형] 면허취소 위로금(영업용운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 비용손해관련 특별약관(영업용운전자용) 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자(보험대상자)의 자동차운전면허가 행정처분에 의해 취소되었을 경우에는 1사고마다 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 면허취소 위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장 (신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항
2. 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고
   가. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
   나. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주 또는 무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
   다. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

7-가-5. [갱신형] 방어비용(약식기소 제외)(영업용운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 비용손해관련 특별약관(영업용운전자용) 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검사에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다. 단, 약식기소 제외)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행되게 되는 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 1사고마다 방어비용(약식기소 제외)으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자(보험대상자)가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 아니합니다.

② 제1항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 아니하고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항
2. 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고
   가. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
   나. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주 또는 무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
   다. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

7-가-6. [갱신형] 교통사고처리지원금(영업용운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 비용손해관련 특별약관(영업용운전자용) 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 자동차 중 이륜자동차를 제외합니다)를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고(이하「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)로 타인(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다)에게 다음 각 호의 1에 해당하는 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자(보험대상자)가 형사합의금으로 실제로 지급한 금액(이하「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자(보험대상자)에게 지급합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. 일반교통사고로 피해자에게 형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해를 입혀 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 제1항의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3,000만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일 이상 70일 미만 진단시	70일 이상 140일 미만 진단시	140일 이상 진단시
1,000만원	2,000만원	3,000만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3,000만원

③ 제1항에서 중대법규위반 교통사고라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표-비용1】참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니합니다.

④ 제1항에서 일반교통사고라 함은 자동차 운전중 교통사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 아니합니다.

⑤ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제2항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑥ 피보험자(보험대상자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

<용어풀이>

「형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주 또는 무면허 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특별약관의 효력은 소멸됩니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9.보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

8. 보험료 충당 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에 사용되는 용어의 의미는 아래와 같습니다.

① 기본보험료 : 계약자가 매월 납입하기로 한 보험료를 말하며, 보장보험료와 적립보험료로 구성됩니다.

1. 보장보험료 : 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 및 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 특별약관(단, 특별약관 1. 자동차관련 특별약관의 손해는 제외합니다. 이하「특별약관」이라 합니다)의 손해를 보상하는데 필요한 보험료로 매월 납입해야 하는 보험료를 말합니다.
2. 적립보험료 : 제2조(적립금에 의한 보험료의 대체납입)에서 정한 대체납입을 목적으로 적립기간동안 매월 납입하는 보험료를 말하며, 사업방법서에서 정한 범위 내에서 납입할 수 있습니다.

② 자동차관련보험료 : 보통약관 제3장(자동차관련 보통약관) 및 특별약관 1. 자동차관련 특별약관의 손해를 보상하는데 필요한 보험료로써 일시 또는 분할 납입해야 하는 보험료(단, 최초계약시의 초회 보험료는 제외합니다)를 말합니다.

③ 추가보장보험료 : 계약자가 계약내용 변경 등으로 일시적으로 납입해야 하는 보험료를 말합니다.

④ 추가적립보험료 : 제2조(적립금에 의한 보험료의 대체납입)에서 정한 대체납입을 목적으로 계약자가 적립기간동안 부정기적으로 납입하는 보험료를 말하며, 사업방법서에서 정한 범위 내에서 납입할 수 있습니다.

⑤ 적립기간 : 이 특별약관이 부가된 날부터 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 만기일까지의 기간을 말합니다.

⑥ 적립순보험료 : 적립보험료 및 추가적립보험료에서 예정사업비를 공제한 보험료를 말합니다.

⑦ 특별약관「9. 보장계약 자동갱신 특별약관」에 따라 갱신된 보장계약의 보장보험료(이하「갱신보험료」라 합니다)가 변경되더라도 제1항에서 정한 기본보험료의 변경이 없는 경우에는 갱신보험료가 인상된 만큼 적립보험료가 감소되고, 갱신보험료가 인하된 만큼 적립보험료가 증가됩니다. 다만, 갱신보험료의 인상으로 보장보험료가 기본보험료를 초과하는 경우에는 보장보험료 이상으로 기본보험료를 변경하여 납입하여야 합니다.

제2조(적립금에 의한 보험료의 대체납입)

① 계약자가 기본보험료를 납입 해당월 말일까지 납입하지 아니한 경우에는 회사는 납입 해당월 말일 기준의 제5조(해지환급금)에서 정한 해지환급금(이하「적립해지환급금」이라 합니다) 범위 내에서 보장보험료를 납입 해당월 다음달 10일 이내에 자동으로 대체납입합니다.

② 계약자가 자동차관련보험료를 납입 해당월 말일까지 납입하지 아니한 경우에는 회사는 납입 해당월 말일 기준의 적립해지환급금 범위 내에서 자동차관련보험료를 납입 해당월 다음달 10일 이내에 자동으로 대체납입합니다.

③ 계약자가 계약내용 변경 등에 따라 일시적으로 발생하는 추가보장보험료의 대체납입을 요청할 경우에는 회사는 적립해지환급금 범위 내에서 즉시 대체하여 드립니다.

④ 위의 제1항 및 제2항의 대체납입이 납입 해당월 말일 기준의 적립해지환급금의 부족으로 보장보험료 및 자동차관련보험료의 일부만 대체납입이 가능한 경우에는 아래에 정한 순서에 의해

처리합니다.

1. 자동차관련보험료 (자동차가 2대 이상인 경우에는 보험료 납입 해당일이 빠른 순서대로 먼저 대체납입합니다)
2. 보장보험료

⑤ 회사는 제1항에도 불구하고 보장보험료 전액을 대체납입할 수 없는 경우에는 계약자는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉) 기간 내에 기본보험료를 납입하여야 합니다.

⑥ 위의 제1항에서 제4항에 의한 대체납입은 적립해지환급금이 제8조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출원리금보다 큰 경우에만 적용합니다.

제3조(적립금의 중도인출)

① 계약자는 적립기간 개시일 이후 6개월이 지난 후부터 보통약관 계약이 유효한 경우 매보험년도마다 4회에 한하여 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계산된 인출시점의 적립해지환급금(단, 제8조(보험계약대출)에서 정한 대출금이 있을 때에는 그 원리금 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80%한도 내에서 인출할 수 있습니다. 이 경우 제7조(환급금의 지급) 제1항을 준용합니다.

② 이미 인출된 환급금이 있는 경우 또는 제2조(적립금에 의한 보험료의 대체납입)에 따라 보험료로 대체납입된 경우에는 이를 차감한 적립해지환급금을 한도로 제1항을 적용합니다.

<보험년도>

당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지로 매1년 단위의 연도임. 예를 들어, 보험계약일이 2009년 8월 15일인 경우 보험년도는 8월 15일부터 2010년도 8월 14일까지 1년을 말함

제4조(보장성 공시이율Ⅰ의 적용 및 공시)

① 이 보험의 적립순보험료(적립보험료에서 정해진 사업비를 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 매월 회사가 정한 이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ(이하「보장성 공시이율Ⅰ」이라 하며, [별표-기타1]보장성 공시이율Ⅰ에 관한 사항 참조)로 합니다. 단, 계약건별로 적용되는 보장성 공시이율Ⅰ은 년계약해당일이 속한 달의 보장성 공시이율Ⅰ로 하여 보험가입시점부터 매 1년간 확정 적용합니다.

<공시이율>

전통적인 보험상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우 이에 대응하지 못하는 점을 고려하여, 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간 마다 변동되는 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.

제5조(해지환급금)

① 이 특별약관이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다. 이 때 회사는 적립순보험료에 대하여는 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다. 이하 같습니다)부터 보험료 납입경과기간에 따라 아래의 이율(이하「충당특약 적용이율」이라 합니다)로 적립한 금액(제2조(적립금에 의한 보험료의 대체납입)에 따라 보험료로 대체납입된 경우 및 제3조(적립금의 중도인출)에 따라 중도인출한 경우에는 그 금액을 차감하여 적립한 금액)을 지급하여 드립니다. 다만, 적립기간 중에 보장성 공시이율Ⅰ이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제4조(보장성 공시이율Ⅰ의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용합니다. 단, 최저보증이율은 연복리 1.5%로 합니다.

보험료납입 경과기간	이율
1년미만	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ × 80%
1년이상 2년미만	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ × 90%
2년 이상	이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ

<보험료 납입경과기간에 따른 이율 적용 예시>

1. 보험료 납입일부터 6개월 시점에 해지하는 경우 보험료 납입일부터 해지시점까지의 기간에 대하여「이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ × 80%」적용
2. 보험료 납입일일부터 1년 6개월 시점에 해지하는 경우 보험료 납입일부터 해지시점까지의 기간에 대하여「이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ × 90%」적용
3. 보험료 납입일부터 3년 시점에 해지하는 경우 보험료 납입일부터 해지시점까지의 기간에 대하여「이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ」적용

② 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

<최저보증이율>

회사의 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 1%인 경우(최저보증이율이 공시이율보다 큰 경우), 적립금은 공시이율(1%)이 아닌 최저보증이율로 부리됩니다.

제6조(만기환급금)

회사는 적립기간이 끝난 때에는 적립 순보험료에 대하여 보험료납입일부터 보장성 공시이율Ⅰ로 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에 따라 적립한 금액(제2조(적립금에 의한 보험료의 대체납입)에 따라 보험료로 대체납입된 경우 및 제3조(적립금의 중도인출)에 따라 중도인출한 경우에는 그 금액을 차감하여 적립한 금액)을 만기환급금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다. 다만, 보험기간 중에 보장성 공시이율Ⅰ이 변경되는 경우에는 변경된 시점이후부터 제4조(보장성 공시이율Ⅰ의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리 1.5%로 합니다.

제7조(환급금의 지급)

① 회사는 계약자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의

기간은 최초 가입시점에서 적용한 보통약관 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 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알려 드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 최초 가입시점에서 적용한 보통약관 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알린 경우의 만기환급금과 해지환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 중 1년 이내의 기간은 최초 가입시점에서 적용한 보통약관 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용하여 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제8조(보험계약대출)
① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위내에서 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 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금과 보험계약대출 원리금을 차감합니다.
④ 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제9조(특별약관의 소멸)
회사는 이 보험의 모든 보장계약(손해의 보상을 내용으로 한 보통약관 및 특별약관의 계약을 말합니다)이 소멸되는 경우, 이 특별약관은 자동적으로 소멸되며 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제10조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

8-1. 보험료 충당 특별약관 자동갱신 추가특별약관

제1조(특별약관의 적용)
이 추가특별약관은 회사와 계약자 간에 무배당 삼성화재 통합보험 super V(s1104) 8.보험료 충당 특별약관(이하「보험료 충당특약」이라 합니다)의 자동갱신에 대하여 합의가 있을 경우에 적용합니다.

제2조(보험료 충당특약의 자동갱신)

① 계약자가 종전의 보험료 충당특약(이하「갱신전 보험료 충당특약」이라 합니다) 만기일의 전날까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 갱신전 보험료 충당특약 만기일의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
② 갱신된 보험료 충당특약(이하「갱신 보험료 충당특약」이라 합니다)의 적립기간은 갱신전 보험료 충당특약의 적립기간과 동일한 것으로 합니다. 단, 갱신 보험료 충당특약 만기일이 보통약관의 만기일을 초과할 경우에는 보통약관의 만기일까지의 기간을 갱신 보험료 충당특약의 적립기간으로 합니다.
③ 보험료 충당특약 제7조(환급금의 지급)에도 불구하고 만기환급금 지급사유가 발생한 날의 다음달 10일까지 계약자가 만기환급금을 인출하지 아니한 경우에는 사업방법서에서 정한 범위 내에서 만기환급금을 갱신 보험료 충당특약의 추가적립보험료로 납입한 것으로 합니다.
④ 보험료 충당특약의 적립기간 중에 보험료 충당특약 제1조(용어의 정의) 제1항에서 정의한 보장보험료의 납입이 완료되어 이후 보장보험료의 납입이 없을 경우에는 보험료 충당특약을 갱신하여 드리지 아니합니다.

제3조(갱신 보험료 충당특약 제1회보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해제)

계약자가 갱신 보험료 충당특약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 때에는 갱신 보험료 충당특약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 아니한 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 보험료 충당특약을 해제합니다.

제4조(자동갱신 적용)

① 갱신보험료 충당특약의 약관은 갱신전 보험료 충당특약의 약관을 적용합니다. 단, 갱신보험료 충당특약 제5조(해지환급금) 제1항에서 정한 충당특약 적용이율은 경과기간에 상관없이「이 보험의 보장성 공시이율Ⅰ」를 적용하고, 법령의 개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 약관 변경에 따라 약관이 개정된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다.
② 제1항의 경우 회사는 보장계약이 만기되는 날부터 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 통지합니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 특별약관 8. 보험료 충당 특별약관을 따릅니다.

9. 보장계약 자동갱신 특별약관

제1조(특별약관의 적용)

이 특별약관은 손해의 보상을 내용으로 한 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104)의 특별약관 계약(이하「보장계약」이라 합니다. 단, 특별약관 1. 자동차관련 특별약관을 제외합니다)의 자동갱신에 대하여 회사와 계약자간에 합의가 되었을 경우에 적용합니다.

제2조(보장계약의 자동갱신)

① 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 만기되는 날의 전날까지 계약자의 별도 의사표시가 없을 때에는 종전의 보장계약(이하「갱신전 보장계약」이라 합니다)이 만기되는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 보장계약(이하「갱신보장계약」이라 합니다) 만기일이 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 기간 내일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 연령이 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 연령의 범위 내일 것
3. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

② 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 단, 계약자의 요구와 회사의 승인에 의해 보험기간을 변경할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 자동갱신되는 경우, 보험계약 청약서에 기재된 사항 및 보험증권(보험가입증서)에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.

④ 제3항의 알릴 의무에 대하여는 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제22조(상해보험계약 후 알릴 의무)를 적용합니다.

제3조(자동갱신 적용)

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

② 제1항의 경우 회사는 보장계약이 만기되는 날부터 15일전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

③ 회사는 제2항에 의하여 갱신보장계약의 보장내용이 변경되는 경우 변경된 내용을 반영한 보험증권(보험가입증서)을 발행하여 드립니다.

제4조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해제)

① 계약자가 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간내에 갱신전 보장계약의 보험료를 납입완료하고, 갱신보장계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 때에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약

관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 아니한 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 제3조(자동갱신 적용)에 따라 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신보장계약 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제5조(갱신보장계약의 보장개시)

제2조(보장계약의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신보장계약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제6조(갱신일 이후 부활(효력회복) 청약시 연체보험료의 적용)

보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)) 제1항에서 정한 연체보험료는 갱신일 이전 기간에 납입되지 않은 보험료를 포함하여, 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 보험료를 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 보장계약을 따릅니다.

10. 특별조건부 특별약관

제1조(계약의 성립)

① 이 특별약관은 무배당 삼성화재 통합보험 superV(s1104)의 질병 사망 및 고도후유장해 특별약관, [갱신형] 질병 사망 및 고도후유장해 특별약관, [갱신형] 뇌출혈 진단비(최초계약용) 특별약관, [갱신형] 뇌출혈 진단비(갱신계약용) 특별약관, [갱신형] 급성심근경색증 진단비(최초계약용) 특별약관, [갱신형] 급성심근경색증 진단비(갱신계약용) 특별약관, [갱신형] 질병 입원일당(1일이상) 특별약관, [갱신형] 질병 입원일당(4일이상) 특별약관 또는 [갱신형] 실손의료비 특별약관(질병입원 및 질병통원에 한함)을 피보험자(보험대상자)의 건강상태가 보험회사(이하「회사」라 합니다)가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)의 청약과 회사의 승낙으로 특별약관에 부가하여 이루어 집니다. (이하 이 특별약관의 적용을 받는 특별약관은「해당계약」이라 합니다)

② 이 특별약관에 대한 보장개시일(책임개시일)은 해당 계약의 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

③ 해당계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조(특별약관의 내용)

이 특별약관은 피보험자(보험대상자)의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 해당계약의 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조(특별약관의 부가조건)

① 이 특별약관에 의하여 부가하는 계약조건은 피보험자(보험대상자)의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

   할증위험률에 의한 보험료와 표준체 보험료와의 차액을 특별약관보험료라 하며 계약을 체결할 때 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특별약관보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생하였을 때에는 해당계약에 정한 보험금을 지급합니다.

2. 보험금감액법

   계약일부터 회사가 정하는 삭감기간 내에 해당계약의 규정에 정하는 상해 이외의 원인으로 해당계약의 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당계약의 규정에도 불구하고 계약시에 정한 삭감기간에 따라 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

경과기간	기준	삭감기간				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	해당계약에 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년이상 2년미만			60%	50%	40%	30%
2년이상 3년미만				75%	60%	45%
3년이상 4년미만					80%	60%
4년이상 5년미만						80%

② 제1항 제1호, 제2호의 규정에 의하여 계약에 부가된 조건을 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 해당계약의 보험기간 내에서 회사가 정한 기간으로 합니다.
② 이 특별약관의 보험료는 해당계약의 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제5조(특별약관 내용의 변경)

이 특별약관이 부가된 해당계약의 경우에는 해당계약 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경
2. 감액완납 또는 연장보험으로의 변경

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항)과 제2장(신체관련 보통약관) 및 해당계약을 따릅니다.

11. 특정 부위·질병 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 무배당 삼성화재 통합보험 superV(s1104)의 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관 포함합니다. 이하「계약」이라 합니다)을 체결할 때 피보험자(보험대상자)의 건강상태가 보험회사(이하「회사」라 합니다)가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)의 청약과 회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일(책임개시일)은 무배당 삼성화재 통합보험 superV(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

③ 계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

④ 보통약관 및 해당 특별약관에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 아니합니다.

1. 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일(책임개시일) 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
2. 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일(책임개시일) 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

① 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에【별표-질병7】(특정부위·질병 분류표)중에서 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 아니합니다. 다만, 질병으로 인한 사망 또는 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태를 보장하는 특별약관에서 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 지정한 부위(이하「특정부위」라 합니다)에 발생한 질병 (【별표-질병7】(특정부위·질병 분류표)중 1~39번, 45번) 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다)
2. 회사가 지정한 질병(이하「특정질병」이라 합니다) (【별표-질병7】(특정부위·질병 분류표)중 40~44번, 46~48번)

② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1년부터 5년」또는「보험계약의 보험기간 전체」로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제2항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을「계약의 보험기간 전체」로 적용한 경우 최초 계약 청약일부터 5년이내에 제1항 1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병 및 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병, 또는 제1항 2호에서 정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우에는 최초 계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에

는 이 특별약관을 적용하지 아니합니다.

④ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우

⑤ 피보험자(보험대상자)가 회사가 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

⑦ 제1항의 특정부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(보험료의 납입연체로 인한 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

12. 건강우대 특별약관

제1조(적용대상)

① 이 특별약관은 무배당 삼성화재 통합보험 superV(s1104) 질병사망 및 고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병사망 및 고도후유장해 특별약관을 체결할 때 또는 보험기간 중 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 질병사망 및 고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병사망 및 고도후유장해 특별약관에 부가하여 이루어 집니다. 단, 이 특별약관에 따라 우대 적용되는 보험료는 질병사망 및 고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병사망 및 고도후유장해 특별약관에 한합니다.

② 무배당 삼성화재 통합보험 superV(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 및 질병사망 및 고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병사망 및 고도후유장해 특별약관이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조(특별약관의 보장개시일(책임개시일))

이 특별약관에 대한 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 회사는 청약한 이후의 해당 보험료부터 우량체보험료율을 적용합니다.

제3조(피보험자(보험대상자)의 가입자격)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)는 질병사망 및 고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병사망 및 고도후유장해 특별약관의 보험 가입적격자(加入適格者)로서 적어도 최근 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 또는 기타 이와 유사한 형태로 사용(이하 총칭하여「흡연(吸煙)」이라 합니다)하지 아니하고 건강상태가 회사에서 정한 기준(이하「우량체기준」이라 합니다)에 해당하는 자로 합니다.

제4조(특별약관의 감액)

계약자가 회사의 정하는 바에 따라 질병사망 및 고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병사망 및 고도후유장해 특별약관의 보험가입금액을 감액할 때에는 그 감액된 부분은 일부해지로 보며, 이 경우 감액분에 대하여는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제5조(보험료율의 적용)

이 특별약관이 부가된 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 정한 바에 따라 우량체 보험료율을 적용합니다.

제6조(해지환급금)

제4조(특별약관의 감액)에 따라 질병사망 및 고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병사망 및 고도후유장해 특별약관의 보험가입금액을 감액한 경우 감액분에 대한 해지환급금은 이 특별약관의 부가로 보험료가 할인된 질병사망 및 고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병사망 및 고도후유장해 특별약관에 해당하는 책임준비금을 기준으로 하여 계산합니다.

제7조(계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무를 위반했을 때의 처리)

① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시) "비흡연 고지서"에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.

② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 제1항의 질문사항에 대하여 알리지 아니하였거나 알고 있는 사실을 사실대로 알리지 아니하고 이 특별약관의 적용전 납입하여야 할 보험료(이하「표준체보험료」라 합니다)보다 적은 이 특별약관에 따라 할인된 보험료(이하「우량체보험료」라 합니다)를 납입한 경우에는 회사는 보험금 지급사유발생과 관계없이「우량체보험료」의「표준체보험료」에 대한 비율에 따라 질병사망 및 고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병사망 및 고도후유장해 특별약관의 보험가입금액을 감액하고, 이 특별약관을 해지합니다.

③ 제2항의 경우 회사에서 정한 절차에 따라 흡연검사를 받고 비흡연자로 판정된 경우에는 적용하지 아니합니다.

제8조(흡연상태 변경통지 및 흡연상태의 변경이 있을 때의 처리)

① 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 30일 이상 흡연을 한 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 지체없이 회사에 이 사실을 서면으로 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.

② 회사는 제1항의 서면통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산된 금액(이하 "정산차액"이라 합니다)을 계약자가 추가 납입하도록 하며, 계약자는 우량체의 보험료와 동일한 기준(보험기간, 납입기간, 피보험자(보험대상자)의 가입연령 등)으로 산출된 표준체 보험료를 향후 납입보험료로 적용하고, 이 특별약관은 장래에 향하여 해지됩니다. 단, 보험료납입완료된 계약의 경우 계약자는 정산차액만을 추가 납입합니다.

③ 계약자가 제2항에서 정한 정산차액 및 표준체보험료를 납입하지 않았을 경우 회사는「우량체보험료」의「표준체보험료」에 대한 비율에 따라 질병사망 및 고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병사망 및 고도후유장해 특별약관 보험가입금액을 감액합니다.

④ 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제1항의 통지의무를 30일 이상 지체하였을 경우에 회사는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 제2항 및 제3항에 준용하여 보험가입금액을 감액하고 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

⑤ 질병사망 및 고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병사망 및 고도후유장해 특별약관의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 제3조(피보험자(보험대상자)의 가입자격)에 정한 피보험자(보험대상자)의 자격이 있고 계약자의 청약이 있을 때에는 회사는 제2조(특별약관의 보장개시일(책임개시일))에 따라 보장을 합니다. 이 경우 계약자는 청약한 날 이후의 해당보험료부터 할인된 보험료를 납입하며, 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 보험료 변동시점의 책임준비금을 정산한 잔여액이 있을 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관 및 질병사망 및 고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병사망 및 고도후유장해 특별약관을 따릅니다.

13. 선지급서비스 특별약관

제1조(적용대상)

① 계약자와 동일한 무배당 삼성화재 통합보험 super V(s1104)「3. 질병관련 특별약관」의 피보험자(보험대상자)에 대해서만 이 선지급서비스 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)을 부가할 수 있습니다.

② 위 제1항에 해당하는 피보험자(보험대상자)가 가입한「3. 질병관련 특별약관」에서 사망보험금을 지급하는 특별약관(이하「사망보장특별약관」이라 합니다)에 대해 이 특별약관을 적용합니다.

③ 이 특별약관의 보험기간은 사망보장특별약관의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지로 합니다.

제2조(지급사유)

① 회사는 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에 정한 국내의 종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 전문의 자격을 가진 자가 실시한 진단 결과 피보험자(보험대상자)의 남은 생존기간(이하「여명」이라 합니다)이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 사망보험금의 50%를 선지급 사망보험금(이하「보험금」이라 합니다)으로 피보험자(보험대상자)에게 지급합니다.

② 이 특별약관의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해지환급금이 있어도 이를 지급하지 아니합니다. 이 경우 이 특별약관의 보험금 지급일 이후 사망보장특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특별약관에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금은 지급하지 아니합니다.

③ 이 특별약관의 보험금이 지급되기 전에 사망보장특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특별약관의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니합니다.

④ 사망보장특별약관에 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니합니다.

⑤ 이 특별약관의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 여명기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 무배당 삼성화재 통합보험 super V(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관)에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계를 뺀 금액을 지급합니다.

⑥ 이 특별약관의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 사망보장특별약관의 사망보험금액을 기준으로 합니다.

제3조(보험금의 지정대리청구인)

① 계약자가 이 특별약관의 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 미리 지정하거나 또는 제4조(지정대리청구인의 변경지정)의 규정에 따라 변경지정한 다음의 자(이하「지정대리청구인」이라 합니다)가 제7조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험금 수익

자의 대리인으로서 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 있습니다.

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

② 제1항의 규정에 의하여 회사가 이 특별약관의 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특별약관의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 아니합니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

1. 청구서(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(보험금을 지급하지 아니하는 보험사고)

계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자(보험대상자)가 제2조(지급사유) 제1항에 해당된 경우에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니합니다.

제6조(특별약관의 보험료)

이 특별약관의 보험료는 없습니다.

제7조(보험금 등 청구시 구비서류)

① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

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

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.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 사망보장특별약관을 따릅니다.

14. 계약분리 특별약관

제1조(특약의 적용)

이 특별약관은 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 및 2. 상해관련 특별약관 일반조항, 3. 질병관련 특별약관 일반조항, 4. 실손의료비관련 특별약관, 5. 재물관련 특별약관 일반조항, 6. 배상책임관련 특별약관 일반조항, 7. 비용손해관련 특별약관(자가용운전자용) 일반조항, 7-가. 비용손해관련 특별약관(영업용운전자용) 일반조항의 제1조(가입대상자)에서 정한 피보험자(보험대상자) 중 2인 이상의 피보험자(보험대상자)가 가입되어 있는 유효한 계약을 제3조(계약분리 대상이 되는 사유)로 인하여 2개 이상의 계약으로 분리하는 경우에 적용합니다.

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용하는 용어의 의미는 아래와 같습니다.

1. 원계약 : 계약분리의 대상이 되는 계약으로 2인 이상의 피보험자(보험대상자)가 가입되어 있는 유효한 계약
2. 자계약 : 원계약의 피보험자(보험대상자) 본인 이외에 원계약에서 분리되어져 나가는 피보험자(보험대상자)에게 새롭게 형성되는 계약
3. 모계약 : 원계약에서 자계약이 분리되고 난 이후 원계약의 계약자에게 잔존하는 계약

제3조(계약분리 대상이 되는 사유)

이 특별약관에 따라 계약분리를 적용할 수 있는 경우는 원계약의 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 아래에 정한 사항 중 하나 이상이 발생한 경우에 한합니다.

1. 이혼
2. 기타 계약관리상 필요하다고 회사가 인정하는 경우

제4조(계약분리 대상이 되는 보장)

이 특별약관에 따라 원계약에서 자계약으로 분리되는 보장은 보통약관 제2장 신체관련 보통약관 및 2. 상해관련 특별약관, 3. 질병관련 특별약관, 4. 실손의료비관련 특별약관, 5. 재물관련 특별약관, 6. 배상책임관련 특별약관, 7. 비용손해관련 특별약관(자가용운전자용), 7-가. 비용손해관련 특별약관(영업용운전자용)을 그 대상으로 합니다. 다만, 8. 보험료 충당 특별약관은 계약분리 이후 자계약에서 계약변경을 통하여 추가가 가능합니다.

제5조(계약분리의 방법)

① 계약분리는 제3조(계약분리 대상이 되는 사유)에서 정한 사유가 발생한 후 계약자의 서면에 의한 신청이 있어야 하며, 회사가 승낙하는 경우에만 이루어집니다.

② 회사는 제1항에도 불구하고 아래 각호의 조건을 모두 충족하는 경우에만 계약을 분리할 수 있습니다.

1. 원계약이 보험료의 납입을 연체하고 있지 않으며, 정상적인 계약유지의 상태에 있을 것
2. 원계약의 피보험자(보험대상자)가 2인 이상일 것
3. 원계약에서 분리되는 자계약의 해당 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생하지 않았거

나, 보험사고 발생후 보상처리가 종결된 상태일 것

4. 원계약에 대하여 가압류, 질권설정 등의 법률적인 이해관계가 존재하지 않을 것
5. 계약분리후의 모계약과 자계약의 계약내용이 회사가 사업방법서에서 정한 내용과 무배당 삼성화재 통합보험 superⅤ(s1104)의 약관에서 정한 내용을 벗어나지 않을 것

③ 계약분리는 원계약에서 분리대상 피보험자(보험대상자)에게 해당하는 제4조(계약분리 대상이 되는 보장)과 그에 상응하는 보장부분 책임준비금을 하나 이상의 자계약으로 분리하고, 그 이외의 잔여부분을 모계약에 잔존시킴으로써 이루어집니다.

④ 계약분리후 모계약과 자계약 각각의 계약기간은 보통약관 제1장 보통약관의 공통사항 제1조(총칙)을 적용하여 변경합니다. 단, 모계약과 자계약의 피보험자(보험대상자)별 보장계약의 보험기간은 변경되지 아니합니다.

⑤ 회사가 계약분리를 승낙하는 경우 자계약에는 반드시 새로운 계약자를 지정하여야 하며, 회사는 계약분리신청서 부본 및 약관과 함께 새로운 보험증권(보험가입증서)을 발급하여 드립니다. 또한 계약분리에 따른 변경 사항 및 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제6조(계약분리 후의 효력)

① 계약분리후 모계약과 자계약의 피보험자(보험대상자)별 보험기간 및 보장내용은 원계약에서의 가입조건과 동일한 효력을 가집니다.

② 계약분리후 모계약과 자계약의 피보험자(보험대상자)에 대하여 계약 전 알릴 의무와 관련하여 청약서에 기재된 내용은 계약분리후에도 계속 유효하게 적용됩니다.

③ 계약분리후에는 모계약 및 자계약의 납입기일을 각각 적용하며, 각각의 계약에 해당하는 보험료를 계속 납입하여야만 계약이 계속 유지됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

별 표

【별표1】

장 해 분 류 표

< 총 칙 >

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 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·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 정도③ 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 분류

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 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상후 1년 이상 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(검은자위)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 피보험자(보험대상자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

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 분류

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 장해를남긴 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 장착치와포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.

13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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 분류

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) 심한 운동장해

척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태

3) 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 이상전위 가 있을 때

4) 약간의 운동장해

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

5) 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

6) 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

7) 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

8) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)

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

9) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

10) 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

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

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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 분류

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 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1 등급(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 분류

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 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9) “뼈에 기형을 남긴 때” 라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각변형이 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 분류

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 분류

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 운동 영역이 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 분류

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 분류

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%)

【별표-상해1】

뇌 · 내장손상 분류표

약관에 규정하는 뇌·내장손상으로 분류되는 상병은 제6차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2010-246호, 2011. 1. 1시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

상해名	대상 상병명	분류번호
1. 뇌손상	**[두개골 및 안면골의 골절]**	
	1.두개골원개의 골절	S02.0
	2.두개골저의 골절	S02.1
	3.안와 바닥의 골절	S02.3
	4.두개골 및 안면골을 침범하는 다발 골절	S02.7
	5.기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
	6.상세불명의 두개골 및 안면골 부분의 골절	S02.9
	[두개내 손상]	
	1.미만성 뇌 손상	S06.2
	2.경막상 출혈	S06.4
	3.외상성 경막하 출혈	S06.5
	4.외상성 지주막하 출혈	S06.6
	5.지속적 혼수를 동반한 두개내 손상	S06.7
	6.기타 두개내 손상	S06.8
	7.상세불명의 두개내 손상	S06.9
	[머리의 으깸손상]	
	1.두개골의 으깸손상	S07.1
	2.기타 머리부분의 으깸손상	S07.8
	[머리부분의 외상성 절단]	
	1.기타 머리 부분의 외상성 절단	S08.8
	[머리의 기타 및 상세불명의 손상]	
	1.달리 분류되지 않은 머리의 혈관 손상	S09.0
	2.머리의 다발손상	S09.7

상해名	대상 상병명	분류번호
2. 내장손상	**[심장의 손상]**	
	1.혈심낭을 동반한 심장손상	S26.0
	2.기타 심장의 손상	S26.8
	3.상세불명의 심장의 손상	S26.9
	[기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상]	
	1.폐의 기타 손상	S27.3
	2.기관지의 손상	S27.4
	3.흉부기관의 손상	S27.5
	4.흉막의 손상	S27.6
	5.흉곽내 기관의 다발손상	S27.7
	6.기타 명시된 흉곽내 기관의 손상	S27.8
	7.상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27.9
	[흉곽의 으깸손상 및 흉곽 부분의 외상성 절단]	**S28**
	[흉곽의 기타 및 상세불명의 손상]	**S29**
	[복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상]	**S35**
	[복강내 기관의 손상]	
	1.비장의 손상	S36.0
	2.간 또는 담낭의 손상	S36.1
	3.췌장의 손상	S36.2
	4.위의 손상	S36.3
	5.소장의 손상	S36.4
	6.결장의 손상	S36.5
	7.직장의 손상	S36.6
	8.다발성 복강내 기관의 손상	S36.7
	9.기타 복강내 기관의 손상	S36.8
	[비뇨 및 골반기관의 손상]	
	1.신장의 손상	S37.0
	2.요관의 손상	S37.1
	3.방광의 손상	S37.2
	4.요도의 손상	S37.3
	5.난소의 손상	S37.4
	6.난관의 손상	S37.5
	7.자궁의 손상	S37.6
	8.다발성 골반기관의 손상	S37.7
	9.기타 골반기관의 손상	S37.8
	[복부, 아래등 및 골반 부분의 으깸손상 및 외상성 절단]	**S38**
	[복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명의 손상]	
	1.골반기관을 동반한 **복강**내 기관의 손상	S39.6

주) 1. 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따릅니다

2. 위의 분류표에서 3단위 항목표로 표시된 분류번호에 대해서는 3단위 항목표에 포함된 4단위 항목의 상병을 모두 보상하며, 4단위 항목표로 표시된 분류번호는 그 분류번호에 해당되는 상병만을 보상합니다.

【별표-상해2】

골절(치아파절 제외) 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제6차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1시행) 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 및 파절치 제외)	S02 (S02.5 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체 부위의 골절	T02
14. 상세불명의 척추 부위의 골절	T08
15. 상세불명의 팔 부위의 골절	T10
16. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따릅니다.

【별표-상해3】

화상 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제6차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1시행) 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체 부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체 부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따릅니다.

【별표-상해4】

5대 골절 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제6차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1시행) 다음에 적은 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리의 으깸손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0 - S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따릅니다.

【별표-질병1】

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 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) 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.

【별표-질병2】

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 지주막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따릅니다.

【별표-질병3】

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 이차성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따릅니다.

【별표-질병4】

악성신생물 분류표

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 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. 여성 생식기관의 악성신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60~C63
10. 요로의 악성신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

1) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따릅니다.

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

【별표-질병5】

제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따릅니다.

【별표-질병6】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마병증	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

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따릅니다.

【별표-질병7】

특정부위·질병 분류표

구 분	특 정 부 위 질 병
1	위.십이지장 또는 공장
2	맹장(충수돌기 포함) 또는 회장
3	직장 또는 항문
4	간장, 담낭 또는 담관
5	췌장
6	기관, 기관지, 폐, 흉막 또는 흉곽
7	코 (외비, 비강 또는 부비강 포함)
8	인두 또는 후두
9	구강, 치아, 혀, 악하선, 이하선(귀밑샘) 또는 설하선
10	귀 (외이, 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기 포함)
11	안구 또는 안구부속기 (안검, 결막, 누기, 안근 또는 안와내 조직 포함)
12	신장
13	요관, 방광 또는 요도
14	전립선
15	유방(유선 포함)
16	자궁(이상분만의 경우 포함)
17	난소 또는 난관
18	고환(고환초막포함), 부고환, 정관, 정삭 또는 정낭
19	갑상선
20	경추부(해당신경 포함)
21	흉추부(해당신경 포함)
22	요추부(해당신경 포함)
23	천골부 또는 미골부(해당신경 포함)
24	좌견관절부
25	우견관절부
26	좌고관절부
27	우고관절부

구 분	특 정 부 위 질 병
28	좌상지(좌견관절부 제외)
29	우상지(우견관절부 제외)
30	좌하지(좌고관절부 제외)
31	우하지(우고관절부 제외)
32	자궁체부(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
33	서혜부(서혜 헤르니아, 음낭 헤르니아 또는 대퇴 헤르니아가 생긴 경우에 한함)
34	식도
35	대장(맹장 및 직장 제외)
36	피부(두피 및 입술포함)
37	수골(手骨)
38	족골(足骨)
39	상 · 하악골(위·아래턱뼈)(上·下顎骨)
40	암
41	담석증
42	요로결석증
43	연골증, 관절증, 관절염
44	척추질환
45	부갑상선
46	골반염
47	자궁내막증
48	자궁근종

【별표-질병8】

만성당뇨합병증 분류표

약관에 규정하는 만성당뇨합병증으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 인슐린-의존 당뇨병	
신장 합병증을 동반한 당뇨병	E10.2†
눈 합병증을 동반한 당뇨병	E10.3†
신경학적 합병증을 동반한 당뇨병	E10.4†
순환기계 합병증을 동반한 당뇨병	E10.5
2. 인슐린-비의존 당뇨병	
신장 합병증을 동반한 당뇨병	E11.2†
눈 합병증을 동반한 당뇨병	E11.3†
신경학적 합병증을 동반한 당뇨병	E11.4†
순환기계 합병증을 동반한 당뇨병	E11.5
3. 영양실조-관련 당뇨병	
신장 합병증을 동반한 당뇨병	E12.2†
눈 합병증을 동반한 당뇨병	E12.3†
신경학적 합병증을 동반한 당뇨병	E12.4†
순환기계 합병증을 동반한 당뇨병	E12.5
4. 기타 명시된 당뇨병	
신장 합병증을 동반한 당뇨병	E13.2†
눈 합병증을 동반한 당뇨병	E13.3†
신경학적 합병증을 동반한 당뇨병	E13.4†
순환기계 합병증을 동반한 당뇨병	E13.5
5. 상세불명의 당뇨병	
신장 합병증을 동반한 당뇨병	E14.2†
눈 합병증을 동반한 당뇨병	E14.3†
신경학적 합병증을 동반한 당뇨병	E14.4†
순환기계 합병증을 동반한 당뇨병	E14.5

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따릅니다.

【별표-질병9】

고액치료비암 분류표

약관에 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 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 기타부분의 악성신생물	C70~C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병	D47.5

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따릅니다.

【별표-질병10】

음식매개 세균성 장염 분류표

약관에 규정하는 세균성 장염으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장 감염	A04
4. 달리 분류되지 않는 기타 세균성 음식매개중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장 질환	A07
7. 해산물 속의 유해물질의 독작용	T61
8. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독작용	T62

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따릅니다.

【별표-실손의료비1】

질병입원형 · 질병통원형 · 종합입원형(질병입원) · 종합통원형(질병통원)에서 보상하지 아니하는 질병

질병입원형·질병통원형·종합입원형(질병입원)·종합통원형(질병통원) 약관에서 보상하지 아니하는 상병으로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1.1시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상 상병명	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) 정신분열**병**, 분열형 및 망상성 장애	F20~F29
4) 기분[정동] 장애	F30~F39
5) 신경증**성**, 스트레스-**연관 및** 신체형 장애	F40~F48
6) 생리적 장애 및 신체적 요인들과 **수반**된 행동 증후군	F50~F59
7) 성인 인격 및 **행동의** 장애	F60~F69
8) **정신지연**	F70~F79
9) **정신발달장애**	F80~F89
10) 소아기 및 청소년기에 주로 **발병**하는 행동 및 **정서장애**	F90~F98
11) 상세불명의 **정신장애**	F99
2. 여성 생식기의 비염증성 장애	
1) **습관유산자**	N96
2) 여성 **불임**	N97
3) **인공수정**과 관련된 합병증	N98
3. 임신, 출산 및 산후기 (O00-O99)	O00~O99
4. 선천성 뇌질환 (Q00-Q04)	
1) **무뇌증** 및 유사 기형	Q00
2) 뇌류	Q01
3) 소두증	Q02
4) 선천 수두증	Q03
5) 뇌의 기타 선천 기형	Q04
5. 비만	E66
6. 비뇨기계 장애	
1) 비뇨기계통의 기타장애	N39
2) 상세불명의 요실금	R32
7. 직장 또는 항문관련 질환 (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

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따릅니다.

【별표-재물1】

【화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 제8조】
- 2003.5.29 개정 및 시행(법률 제 6891호) -

제8조(보험금액)

① 제5조의 규정에 의하여 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각호에 의한다.
1. 화재보험은 특수건물의 시가에 해당하는 금액
2. 신체손해 배상책임보험중 사망의 경우에는 피해자 1인당 50만원 이상으로서 대통령령이 정하는 금액
3. 신체손해 배상책임보험중 부상의 경우에는 피해자 1인당 사망자에 대한 보험금액의 범위안에서 대통령령이 정하는 금액

② 전항 제1호에 규정한 시가의 결정에 관한 기준은 재정경제부령으로 정한다.

【동법시행령 제5조 및 제8조】
- 2002.12.5 개정 및 시행(대통령령 제 17792호) -

제5조(보험금액)

① 법 제8조 제1항 제2호 및 제3호의 규정에 의한 보험금액은 다음과 같다.
1. 사망의 경우에는 8,000만원, 다만 실손해액이 2,000만원 미만인 경우에는 2,000만원으로 한다.
2. 부상의 경우에는【별표-재물1.1】에서 정하는 금액(최고 1,500만원.) 다만, 지급보험금은 실손해액을 초과할 수 없다.
3. 부상의 경우 그 치료가 완료된 후 당해 부상이 원인이 되어 신체에 장해(이하「후유장해」라 한다)가 생긴 때에는【별표-재물1.2】에서 정하는 금액(최고 8,000만원)

② 제1항 제1호 및 제2호의 규정에 의한 실손해액의 범위는 재정경제부령으로 정한다.

③ 부상자가 치료중에 사망한 경우에는 제1항 제1호 및 제2호의 보험금을 함께 지급한다.

④ 부상한 자에게 후유장해가 생긴 경우에는 제1항 제2호 및 제3호의 금액을 함께 지급한다.

⑤ 제1항 제3호의 금액을 지급한 후 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1호의 금액에서 동항 제3호의 규정에 의하여 지급한 금액을 공제하고 지급한다.

제8조(보험금 지급)

① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체없이 이를 지급하여야 한다.

② 손해보험회사는 법 제9조의 규정에 의하여 보험금을 지급한 때에는 지체없이 다음 각호의 사항을 계약자에게 통지하여야 한다.
1. 보험금의 지급청구자와 수령자의 주소 및 성명
2. 청구액과 지급액
3. 피해자의 주소 및 성명

【동법 시행규칙 제2조】

- 1998.4.21 개정 및 시행(재경부령 제 16호) -

제2조(실손해액)

① 영 제5조 제1항 제1호의 규정에 의한 실손해액은 화재로 인하여 사망한 때의 월급액이나 월실수액 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱하여 산출한 금액에 남자평균임금의 100일분에 해당하는 장례비를 더한 금액으로 한다.

② 영 제5조 제2항의 규정에 의한 실손해액은 화재로 인하여 신체상에 상해를 입은 경우에 그 상해를 치료함에 소요되는 모든 비용으로 한다.

【별표-재물1.1】

상해급별 보험금액표

급별	지 급 액	상 해 부 위
1급	1,500만원	1.고관절골절 또는 골절성 탈구 2.척추체분쇄성골절 3.척추제골절 또는 탈구로 인한 제신경증상으로 수술이 불가피한 상태 4.외상성 두개강내 출혈로 개두수술이 불가피한 상해 5.두개골의 함몰골절로 신경학적 증상이 심한 상태 6.고도의 뇌좌상으로 생명이 위독한 상해 (48시간 이상 혼수상태 지속) 7.대퇴골간부의 분쇄성골절 8.경골하 3분의 1부 분쇄골절 9.3도화상등 연부조직손상이 체표의 약 9% 이상인 상해 10.사지와 구간부에 연부조직손상이 심해 유경피부이식수술이 불가피한 상해 11.그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2 급	800만원	1.상박골간부분쇄형골절 2.척추체의 설상압박골절이 있으나 제신경증상이 없는 상해 3.두개골절로 신경학적 증상이 현저한 상해 4.내부장기파열과 골반골절이 동반된 상해 5.슬관절탈구 6.족관절부골절과 골절성탈구가 동반된 상해 7.척골간부골절과 요골골두탈구가 동반된 상해 8.천장골간 관절탈구 9.그 밖에 2급에 해당된다고 인정되는 상해
3 급	750만원	1.상박골경부골절 2.상박골과부골절과 주관절탈구가 동반된 상해 3.요골과 척골의 간부골절이 동반된 골절상해 4.수근주상골골절 5.요골신경손상을 동반한 상박골간부골절 6.대퇴골간부골절

3 급	750만원	7.슬개골의 분쇄골절과 탈구로 인하여 슬개골 완전적출술이 적용되는 상해 8.경골과부골절이 관절면을 침범하는 상해 9.족근골척골간관절탈구와 골절이 동반된 상해 10.전후십자인대나 내외측반월상연골파열과 경골극골절등이 복합된 슬내장 11.복부내장파열로 수술이 불가피한 상해 12.뇌손상으로 뇌신경마비를 동반한 상해 13.중증도의 뇌좌상으로 신경학적 증상이 심한 상해 14.그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4 급	700만원	1.대퇴골과부골절 2.경골간부골절 3.거골경부골절 4.슬개인대파열 5.견갑관절부의 회선근개파열 6.상박골외측상과 전위골절 7.주관절부골절과 탈구가 동반된 상해 8.3도 화상등 연부조직손상이 체표의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 9.안구파열로 적출술이 불가피한 상해 10.그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5 급	500만원	1.골반골의 중복골절(말가이그니씨 골절등) 2.족관절부의 내외과골절이 동반된 상해 3.슬관절부의 내측 또는 외측부 인대파열 4.족중골골절 5.상박골간부골절 6.요골원위부골절 7.척골근위부골절 8.다발성극골절로 혈흉 또는 기흉이 동반된 상해 9.족배부근건파열창 10.수장부근건파열창 11.아킬레스건파열 12.2도 화상등의 연부조직손상이 체표의 약 9퍼센트 이상인 상해 13.23치이상의 치아보철을 요하는 상태 14.그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해

6 급	400만원	1.소아의 하지장관골간부골절 2.대퇴골 대전자부절편골절 3.대퇴골 소전자부절편골절 4.다발성 중족골골절 5.치골 · 좌골 · 장골의 단일골절 6.단순슬개골골절 7.요골간부골절 (원위부골절을 제외한다) 8.척골간부골절 (근위부골절을 제외한다) 9.척골주두골절 10.다발성 중수골골절 11.두개골골절로 신경학적 증상이 경한 상해 12.외상성지주막하 출혈 13.뇌좌상으로 신경학적 증상이 심한 상해 14.19치이상 22치이하의 치아보철을 요하는 상해 15.그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7 급	250만원	1.소아의 상지장관골간부골절 2.족관절 내과골 또는 외과골골절 3.상박골상과 부굴곡골절 4.고관절탈구 5.견갑관절탈구 6.견봉쇄골간관절탈구 7.족관절탈구 8.2도 화상등 연부조직손상이 체표의 약4.5퍼센트 이상인 상해 9.16치이상 18치이하의 치아보철을 요하는 상해 10.그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8 급	180만원	1.상박골상과부신전골절 2.쇄골골절 3.주관절탈구 4.견갑골골절 5.주관절내상박골소두골절 6.비골(다리)간부골절 7.족지골의 골절과 탈구가 동반된 상해 8.다발성늑골골절 9.뇌좌상으로 신경학적 증상이 경한 상해 10.상악골골절 또는 하악골골절 11.13치이상 15치이하의 치아보철을 요하는 상해 12.그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해

9 급	140만원	1.척추의 극상돌기 또는 횡돌기골절 2.요골골두골골절 3.완관절내 월상골전방탈구등 수근골탈구 4.수지골의 골절과 탈구가 동반된 상해 5.중수골골절 6.수근골골절 (주상골을 제외한다) 7.족근골골절 (거골, 중골을 제외한다) 8.중족골골절 9.족관절부염좌 10.늑골골절 11.척추제간 관절부염좌와 주위연부조직 (인대, 근육등) 손상이 동반된 상해 12.완관절탈구 13.11치이상 12치이하의 치아보철을 요하는 상해 14.그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10 급	120만원	1.외상성슬관절내혈종 2.중수골지골간관절탈구 3.수근골중수골간관절탈구 4.완관절부염좌 5.제불완전골절(비골<코>골절 · 수지골골절 및 족지골골절을 제외한다) 6.9치이상 10치이하의 치아보철을 요하는 상해 7.그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11 급	100만원	1.족지골관절탈구 및 염좌 2.수지관절탈구 및 염좌 3.비골(코)골절 4.수지골골절 5.족지골골절 6.뇌진탕 7.고막파열 8.6치이상 8치이하의 치아보철을 요하는 상해 9.그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12 급	60만원	1.8일 내지 14일간의 입원을 요하는 상해 2.15일 내지 26일간의 통원을 요하는 상해 3.4치이상 5치이하의 치아보철을 요하는 상해
13 급	40만원	1.4일 내지 7일간의 입원을 요하는 상해 2.8일 내지 14일간의 통원을 요하는 상해 3.2치이상 3치이하의 치아보철을 요하는 상해
14 급	20만원	1.3일이하의 입원을 요하는 상해 2.7일이하의 통원을 요하는 상해 3.1치이하의 치아보철을 요하는 상해

※ 비 고

1. 2급 내지 11급까지의 상병명중 개방성골절은 해당 등급보다 한급 높게 보상한다.
2. 2급 내지 11급까지의 상병명중 단순성 선상골절로 골편의 전위가 없는 골절의 경우에는 해당등급 보다 한급 낮게 보상한다.
3. 2급 내지 11급까지의 상병명중 2가지 이상의 상해가 중복된 때에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해로부터 하위 3등급(예 : 2급이 주종일 때에는 5급까지 사이)사이의 상해가 중복된 때에 한하여 한급 높게 보상한다.
4. 일반외상과 치아보철을 요하는 상해가 중복되었을 때에는 1급의 금액을 초과하지 아니하는 범위 안에서 각 상해급별에 해당하는 금액의 합산액을 배상한다.

【별표-재물1.2】

후유장해급별 보험금액표

등급	지급액	신 체 장 해
1 급	8,000만원	1.두 눈이 실명된 사람 2.말하는 기능과 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 3.신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 항상 보호를 받아야 하는 사람 4.흉복부장기에 뚜렷한 장해가 남아 항상 보호를 받아야 하는 사람 5.반신마비가 된 사람 6.두 팔을 팔꿈치관절이상에서 잃은 사람 7.두 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 8.두 다리를 무릎관절이상에서 잃은 사람 9.두 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람
2 급	7,200만원	1.한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.02이하로 된 사람 2.두 눈의 시력이 각각 0.02이하로 된 사람 3.두 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람 4.두 다리를 발목관절이상에서 잃은 사람 5.신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 수시로 보호를 받아야 하는 사람 6.흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 수시로 보호를 받아야 하는 사람
3 급	6,400만원	1.한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.06이하로 된 사람 2.말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 3.신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람 4.흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람 5.두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
4 급	5,600만원	1.두 눈의 시력이 각각 0.06이하로 된 사람 2.말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 3.고막의 전부의 결손이나 그외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 4.한 팔을 팔꿈치관절이상에서 잃은 사람 5.한 다리를 무릎관절이상에서 잃은 사람 6.두 손의 손가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 7.두 발을 족근중족관절이상에서 잃은 사람

5 급	4,800만원	1.한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.1이하로 된 사람 2.한 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람 3.한 다리를 발목관절이상에서 잃은 사람 4.한 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 5.한 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람 6.두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 7.흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 8.신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람
6 급	4,000만원	1.두 눈의 시력이 각각 0.1이하로 된 사람 2.말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 3.고막의 대부분의 결손이나 그외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력이 모두 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고는 큰 말소리를 알아듣지 못하는 사람 4.한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고, 다른 귀의 청력이 40센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 5.척추에 뚜렷한 기능이나 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 6.한 팔의 3대 관절중의 2개 관절이 못쓰게 된 사람 7.한 다리의 3대 관절중의 2개 관절이 못쓰게 된 사람 8.한 손의 5개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째 손가락을 포함하여 4개의 손가락을 잃은 사람
7 급	3,200만원	1.한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.6이하로 된 사람 2.두 귀의 청력이 모두 40센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 3.한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고, 다른 귀의 청력 이 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 4.신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 5.흉복부장기의 기능에 장해가 남아 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 6.한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3개이상의 손가락을 잃은 사람 7.한 손의 5개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8.한 발을 족근중족관절이상에서 잃은 사람 9.한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 10.한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 11.두 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 12.외모에 뚜렷한 흉터가 남은 여자 13.양쪽의 고환을 잃은 사람

8 급	2,400만원	1.한 눈의 시력이 0.02이하로 된 사람 2.척추에 운동장해가 남은 사람 3.한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 4.한 손의 엄지손가락과 둘째 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한 손의 엄지손가락이나 둘째 손가락을 포함하여 3개이상의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 5.한 다리가 5센티미터이상 짧아진 사람 6.한 팔의 3대 관절중 1개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 7.한 다리의 3대 관절중 1개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 8.한 팔에 가관절이 남은 사람 9.한 다리에 가관절이 남은 사람 10.한 발의 발가락을 모두 잃은 사람 11.비장 또는 한쪽의 신장을 잃은 사람
9 급	1,800만원	1.두 눈의 시력이 각각 0.6이하로 된 사람 2.한 눈의 시력이 0.06이하로 된 사람 3.두 눈에 반맹증·시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 4.두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 5.코가 결손되어 그 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 6.말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 장해가 남은 사람 7.두 귀의 청력이 모두 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 8.한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고는 큰 말소리를 알아듣지 못하고 다른 귀의 청력이 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 9.한 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 10.한 손의 엄지손가락을 잃은 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3개의 손가락을 잃은 사람 11.한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개이상의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12.한 발의 엄지발가락을 포함하여 2개이상의 발가락을 잃은 사람 13.한 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 14.생식기에 뚜렷한 장해가 남은 사람 15.신경계통의 기능 또는 정신기능에 장해가 남아 종사할 수 있는 노무가 상당한 정도로 제한된 사람 16.흉복부장기의 기능에 장해가 남아 종사할 수 있는 노무가 상당한 정도로 제한된 사람
10 급	1,500만원	1.한 눈의 시력이 0.1이하로 된 사람 2.말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 장해가 남은 사람 3.14치이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 4.한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고는 큰 말소리를 알아 듣지 못하는 사람 5.두 귀의 청력이 모두 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣는데 지장이 있는 사람 6.한 손의 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 2개의 손가락을 잃은 사람

10 급	1,500만원	7.한 손의 엄지손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8.한 다리가 3센티미터이상 짧아진 사람 9.한 발의 엄지발가락 또는 그외의 4개의 발가락을 잃은 사람 10.한 팔의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 11.한 다리의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람
11 급	1,200만원	1.두 눈이 모두 근접반사기능에 뚜렷한 장해가 남거나 또는 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 2.두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 3.한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 4.한 귀의 청력이 40센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 5.척추에 기형이 남은 사람 6.한 손의 가운데 손가락 또는 넷째손가락 을 잃은 사람 7.한 손의 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8.한 발의 엄지발가락을 포함하여 2개이상의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 9.흉복부장기의 기능에 장해가 남은 사람 10.10치이상의 치아에 대하여 치아보철을 한 사람 11.두 귀의 청력이 모두 1미터이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람
12 급	1,000만원	1.한 눈의 근접반사기능에 뚜렷한 장해가 있거나 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 2.한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 3.7치이상의 치아에 대하여 치아보철을 한 사람 4.한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 사람 5.쇄골 · 흉골 · 늑골 · 견갑골 또는 골반골에 뚜렷한 기형이 남은 사람 6.한 팔의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 장해가 남은 사람 7.한 다리의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 장해가 남은 사람 8.장관골에 기형이 남은 사람 9.한 손의 가운데손가락 또는 넷째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 10.한 발의 둘째발가락을 잃은 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 잃은 사람 또는 가운데발가락이하의 3개의 발가락을 잃은 사람 11.한 발의 엄지발가락 또는 그외의 4개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12.국부에 완연한 신경증상이 남은 사람 13.외모에 뚜렷한 흉터가 남은 남자 14.외모에 흉터가 남은 여자

13 급	800만원	1.한 눈의 시력이 0.6이하로 된 사람 2.한 눈에 반맹증·시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 3.두 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 4.5치이상의 치아에 대하여 치아보철을 한 사람 5.한 손의 새끼손가락을 잃은 사람 6.한 손의 엄지손가락의 마디뼈의 일부를 잃은사람 7.한 손의 둘째손가락의 마디뼈의 일부를 잃은 사람 8.한 손의 둘째손가락의 끝관절을 굽히고 펼 수 없게 된 사람 9.한 다리가 1센티미터이상 짧아진 사람 10.한 발의 가운데발가락이하의 1개 또는 2개의 발가락을 잃은 사람 11.한 발의 둘째발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 가운데발가락이하의 3개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람
14 급	500만원	1.한 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 2.3치이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 3.팔의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 4.다리의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 5.한 손의 새끼손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 6.한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락의 마디뼈의 일부를 잃은 사람 7.한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락의 끝관절을 제대로 못쓰게 된 사람 8.한 발의 가운데발가락이하의 1개 또는 2개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 9.국부에 신경증상이 남은 사람 10.외모에 흉터가 남은 남자 11.한귀의 청력이 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람

※ 비 고

1. 신체장해가 2이상 있을 경우에는 중한 신체장해에 해당하는 장해등급보다 한급 높이 배상한다.

2. 시력의 측정은 국제식 시력표에 의하며, 굴절이상이 있는 사람에 대하여는 원칙적으로 교정시력을 측정한다.

3. 손가락을 잃은 것이란 엄지손가락에 있어서는 지관절, 기타의 손가락에 있어서는 제1관절이상을 잃은 경우를 말한다.

4. 손가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 손가락의 말단의 2분의 1이상을 잃거나 중수지관절 또는 제1지관절(엄지손가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동장해가 남은 경우를 말한다.

5. 발가락을 잃은 것이란 발가락의 전부를 잃은 경우를 말한다.

6. 발가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 엄지발가락에 있어서는 말절의 2분의 1이상, 기타의 발가락에 있어서는 끝관절이상을 잃은 경우 또는 중족지관절 또는 제1지관절(엄지발가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동장해가 남은 경우를 말한다.

7. 흉터가 남은 것이란 성형수술을 하였어도 육안으로 식별이 가능한 흔적이 있는 상태를 말한다.

8. 항상 보호를 받아야 하는 것은 일상생활에서 기본적인 음식섭취, 배뇨등을 타인에게 의존하여야 하는 것을 말한다.

9. 수시로 보호를 받아야 하는 것은 일상생활에서 기본적인 음식섭취, 배뇨등은 가능하나 그외의 일을 타인에게 의존해야 하는 것을 말한다.

10. 항상보호 또는 수시보호의 기간은 의사가 판정하는 노동능력상실 기간을 기준으로 하여 타당한 기간으로 한다.

11. 제대로 못쓰게 된 것이란 정상기능의 4분의 3 이상을 상실한 경우를 말하고, 뚜렷한 장해가 남은 것이란 정상기능의 2분의 1 이상을 상실한 경우를 말하며, 장해가 남은 것이란 정상기능의 4분의 1이상을 상실한 경우를 말한다.

【별표-비용1】

교통사고 처리 특례법 제3조 2항 단서

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따를 의무)의 규정에 의한 신호기 또는 교통정리를 하는 경찰공무원 등의 신호나 통행의 금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시에 위반하여 운전한 경우

2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항의 규정을 위반하여 중앙선을 침범하거나 동법 제62조(횡단 등의 금지)의 규정에 위반하여 횡단·유턴 또는 후진한 경우

3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항의 규정에 의한 제한속도를 매시 20킬로미터를 초과하여 운전한 경우

4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항·제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소)내지 제23조(끼어들기의 금지) 또는 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항의 규정에 의한 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지에 위반하여 운전한 경우

5. 도로교통법 제24조(철길건널목의 통과)의 규정에 의한 건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우

6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항의 규정에 의한 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우

7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)제1항, 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사 면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차 등의 운전)의 규정에 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지중에 있거나 운전의 금지중에 있는 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.

8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지) 제1항의 규정에 위반하여 주취중에 운전을 하거나 동법 제45조(과로한 때 등의 운전금지)의 규정에 위반하여 약물의 영향으로 정상적인 운전을 하지 못할 염려가 있는 상태에서 운전한 경우

9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항의 규정에 위반하여 보도가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 동법 제13조(차마의 통행) 제2항의 규정에 의한 보도횡단방법에 위반하여 운전한 경우

10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항의 규정에 의한 승객의 추락방지의무를 위반하여 운전한 경우

11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해에 이르게 한 경우

※ 상기외 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

【별표-기타1】

보장성 공시이율Ⅰ에 관한 사항

회사는 운용자산이익률과 지표금리수익률을 산술 평균하여 산출된 보장성 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정이율을 가감하여 보장성 공시이율Ⅰ을 결정하며, 보장성 공시기준이율의 80~120% 범위 내에서 정함

- 보장성 공시기준이율 = (운용자산이익률 + 지표금리수익률) / 2

① 운용자산이익률은 보험업감독규정에 따라 작성된 투자수익(「운용자산수익률」)에서 투자비용(「투자지출률」)을 차감한 것으로 직전 12개월간을 합산하여 산출함

- 운용자산이익률 = [A / { 평균자산(B) - A/2}]×100
  - ·A(투자수지) : 투자수익 - 투자비용
  - ·B(평균자산) : {직전 12개월말자산 + ∑(해당월전월까지 월말자산×2) + 해당월말자산} / 24

② 지표금리수익률은 시중 실세금리를 반영한 것으로서「국고채」,「회사채」,「통화안정증권」,「양도성예금증서」수익률의 평균을 적용하며, 각 지표의 수익률은 직전 3개월 수익률을 가중이동평균하여 산출함

- 지표금리수익률 = (A1 + A2 + A3 + A4) / 4
  - ·A1 : 국고채 수익률 직전 3개월 가중이동평균이율
  - ·A2 : 회사채 수익률 직전 3개월 가중이동평균이율
  - ·A3 : 통화안정증권 수익률 직전 3개월 가중이동평균이율
  - ·A4 : 양도성예금증서 수익률 직전 3개월 가중이동평균이율

※ 가중이동평균이율 = $\dfrac{Mi(-3) + Mi(-2)\times 2 + Mi(-1)\times 3}{6}$

Mi(-3)은 직전 3개월, Mi(-2)는 직전 2개월, Mi(-1)은 직전 1개월 이율

주) 1. 회사채 수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 무보증 3년만기 회사채(AA-)의 최종호가수익률로 함
2. 국고채 수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 3년만기 국고채권의 최종호가수익률로 함
3. 통화안정증권 수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 1년만기(364일) 통화안정증권의 최종호가수익률로 함
4. 양도성예금증서 수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 91일 양도성예금증서의 최종호가수익률로 함
5. 각각의 이율은 각월의 직전 1월의 16일부터 각월의 당월 15일까지의 평균수익률을 기준으로 함

※ 보장성 공시이율Ⅰ은 당사 인터넷홈페이지(www.samsungfire.com) 상품공시 적용이율 참조

독립특별약관

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「계약」이라 합니다)의 계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 신체관련 보통약관에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

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

④ 계약이 해지되거나 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 계약의 내용에도 불구하고 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하던 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 계약에서 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 125cc 이하로서 3륜 이상인 자동차를 포함합니다))와 배기량이 50cc 미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59㎾ 미만)인 이륜자동차를 말합니다.

③ 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하던 중 발생한 사고인지 여부는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조(보험료의 납입연체로 인한 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 「보험료 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)」에 따라 이 특별약관을 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

2. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료납입)

① 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)는 제2회 이후의 보험료부터 이 특별약관에 따라 계약자의 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입하거나 급여이체를 통하여 납입합니다.

② 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 지정 금융기관 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 보험회사(이하「회사」라 합니다)는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 지정 금융기관 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관「계약의 성립」의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자 또는 급여이체일자는 이 청약서에 기재된 보험료납입 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. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 보험계약자(이하「계약자」라 합니다), 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

① 이 특별약관은 보험계약자의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 부가되어 집니다.

② 제1조(적용대상)의 보험계약(이하「계약」이라 합니다) 이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되는 경우에는 이 특별약관은 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. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 3촌 이내의 친족

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

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

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

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

제5조(보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제6조(보험금 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)의 대리인으

로서 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. 피보험자(보험대상자)의 인감증명서
5. 피보험자(보험대상자) 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당특별약관을 따릅니다.