보험약관

2015.4.20부터 적용

당신에게 좋은보험

삼성화재 SAMSUNG

여성만족W

무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W (1504)



무배당 삼성명품

건강보험 여성만족 W(1504)

100-748 서울특별시 중구 저동2가 24-1 쌍용빌딩 15층 삼성화재 방카슈랑스영업부
삼성화재 방카슈랑스 업무센터 : 1588-0096

삼성화재해상보험주식회사
www.samsungfire.com
대표전화(전국) 1588-5114

삼성화재 방카슈랑스영업부 제작 (2015. 4)
[코드번호 : C2011032100001]

보험약관 쉽게 이해하기

√ 보험약관은 중요합니다.

- 보험약관에는 보험계약에 관한 보험회사와 계약자의 권리와 의무, 보험금 지급에 관한 사항 등 중요한 사항이 기재되어 있으므로 반드시 확인하시기 바라며, 향후 필요시에 참조하시기 바랍니다.

√ 보험약관은 법규정에 따라 작성됩니다.

- 보험약관은 보험업감독규정시행세칙에 마련된 표준약관(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 고객 안내사항으로 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·이용 고객권리 안내문 • 주요 전화번호 / 주소

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

목 차

보험약관 쉽게 이해하기..... 1
보험용어 해설..... 15
주요내용 요약서..... 17
가입자 유의사항..... 20
주요내용..... 24
약관에서 인용된 법령 내용..... 79
개인신용정보 제공 · 이용에 대한 고객 권리 안내문.... 80

무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 종합보장 플랜 보통약관

제1장 공통사항

제1관 목적 및 용어의 정의..... 84
제1조(목적)
제2조(용어의 정의)

제2관 보험금의 지급..... 85
제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
제4조(보험금 지급사유의 통지)
제5조(보험금의 청구)
제6조(보험금의 지급절차)
제7조(공시이율의 적용 및 공시)
제8조(환급금의 중도인출)
제9조(만기환급금의 지급)
제10조(보험금 받는 방법의 변경)
제11조(주소변경통지)
제12조(보험수익자의 지정)
제13조(대표자의 지정)

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등..... 91
제14조(계약 전 알릴 의무)
제15조(상해보험계약 후 알릴 의무)
제16조(알릴 의무 위반의 효과)
제17조(사기에 의한 계약)

제4관 보험계약의 성립과 유지..... 94
제18조(보험계약의 성립)
제19조(청약의 철회)
제20조(약관교부 및 설명의무 등)
제21조(계약의 무효)
제22조(계약내용의 변경 등)
제23조(보험나이 등)
제24조(계약의 소멸)

제5관 보험료의 납입..... 99
제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
제26조(제2회 이후 보험료의 납입)
제27조(기본보험료의 자동대출납입)
제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))
제30조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등..... 103
제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)
제32조(중대사유로 인한 해지)
제33조(회사의 파산선고와 해지)
제34조(해지환급금)
제35조(보험계약대출)
제36조(배당금의 지급)

제7관 분쟁의 조정 등..... 106
제37조(분쟁의 조정)

제38조(관할법원)
제39조(소멸시효)
제40조(약관의 해석)
제41조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)
제42조(회사의 손해배상책임)
제43조(개인정보보호)
제44조(준거법)
제45조(예금보험에 의한 지급보장)

제2장 개별보장

2-1. 상해 사망 보장..... 109
2-2. 상해 후유장해 보장.....110
2-3. 상해 고도장해(80%이상) 생활자금(5년월지급형) 보장..... 112
2-4. 상해 중증장해(50%이상) 생활자금(5년월지급형) 보장.. 114
2-5. 질병 고도장애(1,2급) 생활자금(5년월지급형) 보장... 115
2-6. 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금(5년월지급형) 보장..... 118
2-7. 암 진단비 보장..... 120
2-8. 암 진단비(부분 특정소액암 제외) 보장..... 125
2-9. 급성심근경색증 진단비 보장..... 130
2-10. 뇌출혈 진단비 보장..... 132
2-11. 고액치료비암 진단비 보장..... 134
2-12. 양성뇌종양 진단비 보장.....137
2-13. 암 최초수술비(유사암 제외) 보장..... 138
2-14. 암(유사암 제외) 수술비(3회한) 보장.....143
2-15. 유사암 수술비(3회한) 보장..... 148
2-16. 골절 진단비(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외) 보장... 153
2-17. 5대골절 진단비 보장.....153
2-18. 화상 수술비 보장.....154
2-19. 깁스치료비 보장..... 156
2-20. 화상 진단비 보장.....157
2-21. 자동차사고 치아보철지원금 보장..... 158
2-22. 항암방사선•약물 치료비 보장.....160
2-23. 유방관련 특정질환 수술비 보장.....164

2-24. 부인과관련 특정질환 수술비 보장.....170
2-25. 상해흉터복원 수술비 보장.....176
2-26. 암 직접치료 입원일당(1일이상) 보장.....178
2-27. 상해 입원일당(1일이상) 보장.....184
2-28. 상해 중환자실 입원일당(1일이상) 보장....185
2-29. 질병 입원일당(1일이상) 보장.....186
2-30. 질병 중환자실 입원일당(1일이상) 보장....188

무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 생활지원 플랜 보통약관

제1장 공통사항

제1관 목적 및 용어의 정의..... 192
제1조(목적)
제2조(용어의 정의)

제2관 보험금의 지급..... 193
제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
제4조(보험금 지급사유의 통지)
제5조(보험금의 청구)
제6조(보험금의 지급절차)
제7조(공시이율의 적용 및 공시)
제8조(환급금의 중도인출)
제9조(만기환급금의 지급)
제10조(보험금 받는 방법의 변경)
제11조(주소변경통지)
제12조(보험수익자의 지정)
제13조(대표자의 지정)

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등.....199
제14조(계약 전 알릴 의무)
제15조(상해보험계약 후 알릴 의무)
제16조(알릴 의무 위반의 효과)

제17조(사기에 의한 계약)

제4관 보험계약의 성립과 유지..... 202
제18조(보험계약의 성립)
제19조(청약의 철회)
제20조(약관교부 및 설명의무 등)
제21조(계약의 무효)
제22조(계약내용의 변경 등)
제23조(보험나이 등)
제24조(계약의 소멸)

제5관 보험료의 납입..... 207
제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
제26조(제2회 이후 보험료의 납입)
제27조(보험료의 자동대출납입)
제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와계약의해지)
제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))
제30조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등..... 211
제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)
제32조(중대사유로 인한 해지)
제33조(회사의 파산선고와 해지)
제34조(해지환급금)
제35조(보험계약대출)
제36조(배당금의 지급)

제7관 분쟁의 조정 등.....214
제37조(분쟁의 조정)
제38조(관할법원)
제39조(소멸시효)
제40조(약관의 해석)
제41조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)

제42조(회사의 손해배상책임)
제43조(개인정보보호)
제44조(준거법)
제45조(예금보험에 의한 지급보장)

제2장 개별보장

2-1. 상해 사망 보장..... 217
2-2. 상해 후유장해 보장.....218
2-3. 상해 고도장해(80%이상) 생활자금(5년월지급형) 보장..... 220
2-4. 상해 중증장해(50%이상) 생활자금(5년월지급형) 보장.. 222
2-5. 질병 고도장애(1,2급) 생활자금(5년월지급형) 보장... 223
2-6. 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금(5년월지급형) 보장..... 226
2-7. 암 진단 가사지원금(유사암 제외, 3년월지급형) 보장..... 228
2-8. 암 진단 가사지원금(유사암 및 부분 특정소액암 제외, 3년월지급형) 보장.. 232
2-9. 유사암 진단비 보장.....236
2-10. 급성심근경색증 진단 가사지원금(3년월지급형) 보장.....239
2-11. 뇌출혈 진단 가사지원금(3년월지급형) 보장..241
2-12. 암 최초수술비(유사암 제외) 보장..... 243
2-13. 암(유사암 제외) 수술비(3회한) 보장.....248
2-14. 유사암 수술비(3회한) 보장..... 253
2-15. 항암방사선•약물 치료비 보장.....258
2-16. 유방관련 특정질환 수술비 보장..... 261
2-17. 부인과관련 특정질환 수술비 보장.....267
2-18. 암 직접치료 입원일당(1일이상) 보장..... 273
2-19. 상해 입원일당(1일이상) 보장.....279
2-20. 상해 중환자실 입원일당(1일이상) 보장....280
2-21. 질병 입원일당(1일이상) 보장.....282
2-22. 항암방사선•약물 치료비 보장.....284

무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 수술보장 플랜 보통약관

제1장 공통사항

제1관 목적 및 용어의 정의..... 287

제1조(목적)
제2조(용어의 정의)

제2관 보험금의 지급..... 288

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
제4조(보험금 지급사유의 통지)
제5조(보험금의 청구)
제6조(보험금의 지급절차)
제7조(공시이율의 적용 및 공시)
제8조(환급금의 중도인출)
제9조(만기환급금의 지급)
제10조(보험금 받는 방법의 변경)
제11조(주소변경통지)
제12조(보험수익자의 지정)
제13조(대표자의 지정)

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등.....294

제14조(계약 전 알릴 의무)
제15조(상해보험계약 후 알릴 의무)
제16조(알릴 의무 위반의 효과)
제17조(사기에 의한 계약)

제4관 보험계약의 성립과 유지..... 297

제18조(보험계약의 성립)
제19조(청약의 철회)
제20조(약관교부 및 설명의무 등)
제21조(계약의 무효)
제22조(계약내용의 변경 등)
제23조(보험나이 등)

제24조(계약의 소멸)

제5관 보험료의 납입..... 302

제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
제26조(제2회 이후 보험료의 납입)
제27조(보험료의 자동대출납입)
제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와계약의해지)
제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))
제30조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등..... 306

제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)
제32조(중대사유로 인한 해지)
제33조(회사의 파산선고와 해지)
제34조(해지환급금)
제35조(보험계약대출)
제36조(배당금의 지급)

제7관 분쟁의 조정 등..... 309

제37조(분쟁의 조정)
제38조(관할법원)
제39조(소멸시효)
제40조(약관의 해석)
제41조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)
제42조(회사의 손해배상책임)
제43조(개인정보보호)
제44조(준거법)
제45조(예금보험에 의한 지급보장)

제2장 개별보장

2-1. 상해 사망 보장..... 312
2-2. 상해 후유장해 보장..... 313

2-3. 상해 고도장해(80%이상) 생활자금(5년월지급형) 보장..... 315
2-4. 상해 중증장해(50%이상) 생활자금(5년월지급형) 보장.. 317
2-5. 질병 고도장애(1,2급) 생활자금(5년월지급형) 보장... 318
2-6. 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금(5년월지급형) 보장..... 321
2-7. 암 최초수술비(유사암 제외) 보장..... 323
2-8. 암(유사암 제외) 수술비(3회한) 보장..... 328
2-9. 유사암 수술비(3회한) 보장..... 332
2-10. 골절 진단비(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외) 보장... 337
2-11. 5대골절 진단비 보장..... 337
2-12. 화상 수술비 보장..... 338
2-13. 깁스치료비 보장..... 340
2-14. 화상 진단비 보장..... 341
2-15. 자동차사고 치아보철지원금 보장..... 342
2-16. 항암방사선•약물 치료비 보장..... 344
2-17. 유방관련 특정질환 수술비 보장..... 348
2-18. 부인과관련 특정질환 수술비 보장..... 354
2-19. 상해흉터복원 수술비 보장..... 360
2-20. 암 직접치료 입원일당(1일이상) 보장..... 362
2-21. 상해 입원일당(1일이상) 보장..... 368
2-22. 상해 중환자실 입원일당(1일이상) 보장....369

무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 소득보장 플랜 보통약관

제1장 공통사항

제1관 목적 및 용어의 정의..... 371
제1조(목적)
제2조(용어의 정의)

제2관 보험금의 지급..... 372
제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

제4조(보험금 지급사유의 통지)
제5조(보험금의 청구)
제6조(보험금의 지급절차)
제7조(공시이율의 적용 및 공시)
제8조(생활연금(중도인출금)의 지급)
제9조(만기환급금의 지급)
제10조(보험금 받는 방법의 변경)
제11조(주소변경통지)
제12조(보험수익자의 지정)
제13조(대표자의 지정)

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등.....378
제14조(계약 전 알릴 의무)
제15조(상해보험계약 후 알릴 의무)
제16조(알릴 의무 위반의 효과)
제17조(사기에 의한 계약)

제4관 보험계약의 성립과 유지..... 381
제18조(보험계약의 성립)
제19조(청약의 철회)
제20조(약관교부 및 설명의무 등)
제21조(계약의 무효)
제22조(계약내용의 변경 등)
제23조(보험나이 등)
제24조(계약의 소멸)

제5관 보험료의 납입..... 386
제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
제26조(제2회 이후 보험료의 납입)
제27조(보험료의 자동대출납입)
제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고
(독촉)와계약의해지)
제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의
부활(효력회복))
제30조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활
(효력회복))

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등..... 390
제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)
제32조(중대사유로 인한 해지)
제33조(회사의 파산선고와 해지)
제34조(해지환급금)
제35조(보험계약대출)
제36조(배당금의 지급)

제7관 분쟁의 조정 등..... 393
제37조(분쟁의 조정)
제38조(관할법원)
제39조(소멸시효)
제40조(약관의 해석)
제41조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)
제42조(회사의 손해배상책임)
제43조(개인정보보호)
제44조(준거법)
제45조(예금보험에 의한 지급보장)

제2장 개별보장

2-1. 상해 사망 보장..... 396
2-2. 상해 후유장해 보장..... 397
2-3. 상해 고도장해(80%이상) 생활자금(5년월지급형) 보장..... 399
2-4. 상해 중증장해(50%이상) 생활자금(5년월지급형) 보장. 401
2-5. 질병 고도장애(1,2급) 생활자금(5년월지급형) 보장. 402
2-6. 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금(5년월지급형) 보장..... 405
2-7. 상해 입원일당(1일이상) 보장..... 407
2-8. 상해 중환자실 입원일당(1일이상) 보장..... 408

별 표

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....412

【별표2】 장해분류표..... 413
【별표-상해관련1】 골절(치아파절(깨짐, 부러짐) 제외)
분류표..... 433
【별표-상해관련2】 5대골절 분류표..... 434
【별표-상해관련3】 자동차사고 부상 등급표.....435
【별표-상해관련4】 화상 분류표..... 447
【별표-질병관련1】 장애인 복지법.....448
장애인 복지법 시행령..... 448
장애인 복지법 시행구청.....448
【별표-질병관련1.1】 장애인의 종류 및 기준
(장애인 복지법 시행령 제2조 관련).. 449
【별표-질병관련1.2】 장애인의 장애등급표(장애인
복지법 시행규칙 제2조 관련)..451
【별표-질병관련2】 보건복지부「장애등급 판정기준」中
장애판정 시기.....462
【별표-질병관련3】 보건복지부 「장애등급 판정기준」中
중복장애 합산시 장애등급
상향조정표 463
【별표-질병관련4】 악성신생물 분류표..... 464
【별표-질병관련5】 제자리신생물 분류표.....465
【별표-질병관련6】 행동양식 불명 또는 미상의
신생물 분류표.....466
【별표-질병관련7】 뇌출혈 분류표.....467
【별표-질병관련8】 급성심근경색증 분류표..... 467
【별표-질병관련9】 고액치료비암 분류표.....468
【별표-질병관련10】 유방완전절제수술 분류표.....469
【별표-질병관련11】 유방부분절제수술 분류표.....470
【별표-질병관련12】 여성생식기의 암 분류표..... 471
【별표-질병관련13】 여성생식기의 제자리암 분류표. 472
【별표-질병관련14】 자궁적출수술 분류표..... 473
【별표-질병관련15】 여성 특정유방질환 분류표... 474
【별표-질병관련16】 여성 특정부인과질환 분류표.. 475

제도성 특별약관

1. 특별조건부 특별약관..... 478
2. 특정 신체부위•질병 보장제한부 인수 특별약관... 481
3. 이륜자동차 운전 및 탑승 중 상해 부담보 특별약관 ... 487
4. 보험료 자동납입 특별약관..... 489
5. 지정대리청구서비스 특별약관..... 490

보험용어 해설

보험약관

보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서

보험계약자

보험회사와 보험계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

보험수익자

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

피보험자의 사망, 장해, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

보장보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료

적립보험료

회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료

적립부분 순보험료

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

주요내용 요약서

자필서명

보험계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않은 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 보험증권을 받은 날부터 15일이내(다만, 청약을 한 날부터 30일을 한도로 합니다)에 그 계약의 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 납입한 제1회 보험료를 돌려 드립니다.

계약취소

계약을 청약할 때 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명을 포함함)을 하지 않은 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

아래에 해당하는 경우 회사는 이 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 피보험자의 나이가 계약에서 정한 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

※ 기타 자세한 사항은 약관을 참고하시기 바랍니다.

계약의 소멸

이 보험계약은 피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그 때부터 효력이 없습니다.

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 피보험자의 건강상태, 직업, 직무 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.
해지계약의 부활(효력회복)에 의해 보험계약이 다시 효력을 갖더라도, 보험계약의 부활(효력회복)시점 이전에 발생한 사고는 보상을 받지 못합니다.

중도인출

계약자는 계약일부터 2년 이후 계약이 유효한 경우 매보험년도마다 4회에 한하여 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계산된 인출시점의 적립부분 해지환급금(단, 기본계약 해지환급금이 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 기본계약 해지환급금을 한도로 하며, 이 약관에서 정한 보험계약대출이 있을 경우 그 원금과 이자합계액 및 이미 중도인출을 한 경우 그 금액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80%한도 내에서 인출할 수 있습니다.

계약 전·후 알릴 의무

① 계약 전 알릴 의무

보험계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명을 포함함)을 하셔야 합니다.
(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다)

② 상해보험계약 후 알릴 의무

보험계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.

- 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 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 드리고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급일 초과가 명백히 예상되는 경우 구체적인 사유와 지급예정일 등을 피보험자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다. 만약 지급일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

공시이율 관련

공시이율은 보험업감독규정에 따른 운용자산이익률과 객관적인 외부지표금리를 가중평균하여 산출한 공시기준이율에 조정률을 가감하여 80~120% 범위 내에서 결정되며, 매월 회사의 인터넷 홈페이지(http://www.samsungfire.com)를 통해 공시합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약·발췌한 것이므로, 기타 자세한 사항은 무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504)의 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

가입자 유의사항

□ 보험계약관련 특히 유의할 사항

√ 『보험계약 관련 유의사항』

보험계약 전 알릴 의무 위반

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

부활(효력회복)계약의 암 보장 개시일

- 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.

면책기간 및 감액지급 관련 담보에 관한 사항

- 암 사망(단, 기타피부암, 갑상선암 제외), 암 사망 생활자금(3년월지급형)(단, 기타피부암, 갑상선암 제외), 암 사망(단, 기타피부암, 갑상선암 제외), 암 사망 생활자금(3년월지급형)(단, 기타피부암, 갑상선암 제외), 항암 방사선·약물치료비(단, 기타피부암, 갑상선암 제외), 암 진단비(단, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양 제외), 암 진단비(부분 특정소액암 제외)(단, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양 제외), 암 진단 가사지원금(유사암제외, 3년월지급형), 암 진단 가사지원금(유사암 및 부분 특정소액암 제외, 3년월지급형), 고액치료비암 진단비, 암 최초수술비(유사암제외), 암(유사암제외) 수술비(3회한), 암 직접치료 입원일당(1일이상)(단, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성

종양 제외) 담보를 가입한 경우 최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 일정기간 보장하지 않는 기간이 90일입니다.

- 유방관련 특정질환 수술비 및 부인과관련 특정질환 수술비 담보를 가입한 경우 아래에 정한 세부보장은 최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 일정기간 보장하지 않는 기간이 90일입니다.

담보	세부보장명
유방관련 특정질환 수술비	여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)(단, 여성유방의 제자리암 제외)
	여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)(단, 여성유방의 제자리암 제외)
부인과관련 특정질환 수술비	여성 자궁적출 수술비(생식기의 암 · 제자리암)(단, 여성생식기의 제자리암 제외)

- 암 사망, 암 사망 생활자금(3년월지급형), 암 사망, 암 사망 생활자금(3년월지급형), 항암 방사선 · 약물치료비, 암 진단비, 암 진단비(부분 특정소액암 제외), 암 진단 가사지원금(유사암제외, 3년월지급형), 암 진단 가사지원금(유사암 및 부분 특정소액암 제외, 3년월지급형), 유사암 진단비, 고액치료비암 진단비, 암 최초수술비(유사암제외), 암(유사암제외) 수술비(3회한), 유사암 수술비(3회한), 뇌출혈 진단비, 뇌출혈 진단 가사지원금(3년월지급형), 급성심근경색증 진단비, 급성심근경색증 진단 가사지원금(3년월지급형) 담보는 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하는 보장입니다.

- 유방관련 특정질환 수술비 및 부인과관련 특정질환 수술비 담보를 가입한 경우 아래에 정한 세부보장은 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하는 보장입니다.

담보	세부보장명
유방관련 특정질환 수술비	여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)
	여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)
부인과관련 특정질환 수술비	여성 자궁적출 수술비(생식기의 암 · 제자리암)

√ 『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 사업경비로 사용되므로 중도해지하는 경우 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 또한, 해지환급금은 공시이율의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출여부 등에 따라 달라질 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

암 관련 보장

- 보험나이 15세 이상이 암 관련 보장에 가입한 경우 최초 보험가입 또는 부활(효력회복)일부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 단, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양은 제외합니다.
- 90일이 경과한 이후에도 보험금 지급사유 발생일이 보험계약일부터 일정기간(예 1년 등) 이내인 경우 보험금이 감액 지급될 수 있습니다.
- 「고액치료비암」, 「암」, 「부분 특정소액암」,「기타피부암」, 「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」,「경계성종양」, 「여성유방의 암」,「여성유방의 제자리암」,「여성생식기의 암」, 「여성생식기의 제자리암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 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 않은 때에는 상해 입원일당(1일이상), 상해 중환자실 입원일당(1일이상), 질병 입원일당(1일이상), 질병 중환자실 입원일당(1일이상), 암 직접치료 입원일당(1일이상), 4대중증질병 입원일당(1일이상), 5대특정질환 입원일당(1일이상)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.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약·발췌한 것이므로, 기타 자세한 사항은 무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 ₩(1504)의 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 종합보장 플랜 주요내용

● 문답식 상품해설 (Q & A)

Q) 이 상품의 가장 큰 특징은 무엇인가요?

A) 무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 종합보장 플랜은 여성전용보험으로 여성을 위한 상해 후유장해, 입원일당, 상해, 질병의 생활자금 등을 보장합니다.

Q) 이 상품의 암에 대한 분류기준 및 보상범위는 어떻게 되나요?

A) 이 상품에서는 암 종류에 따라 합리적인 가입금액을 설정하여 보장을 해드리고자 다음과 같이 보상하는 범위를 분류 하였습니다.

보장명	유사암주1)	부분 특정 소액암주2)	일반암	고액 치료비암주3)
· 암 진단비 · 암 직접치료 입원일당(1일이상)	○	○	○	○
· 암 진단비 (부분 특정소액암 제외)	○	×	○	○
· 암 최초수술비(유사암제외) · 암(유사암제외) 수술비(3회한)	×	○	○	○
· 고액치료비암 진단비	×	×	×	○
· 유사암수술비(3회한)	○	×	×	×
· 항암 방사선 · 약물치료비 주4)	○	○	○	○

주1) 유사암 : 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양

주2) 부분 특정소액암 : 전립선암, 방광암

주3) 고액치료비암 : 식도암, 췌장암, 뼈암, 뇌암, 림프, 조혈 및 관련 악성신생물

주4) 항암 방사선 · 약물치료비 담보의 경우 대장점막내암은 일반암에 포함되며, 제자리암 및 경계성종양은 보장하지 않습니다.

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

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

보장명		최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 면책 기간	최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유발생시 50% 감액 지급
· 암 진단비	암	90일	○
	기타피부암 갑상선암 대장점막내암 제자리암 경계성종양	×	
· 암 진단비 (부분 특정소액암 제외)	암 (부분 특정소액암 제외)	90일	○
	기타피부암 갑상선암 대장점막내암 제자리암 경계성종양	×	
· 고액치료비암 진단비		90일	○
· 항암 방사선 · 약물치료비	암	90일	○
	기타피부암 갑상선암	×	
· 암 최초수술비(유사암제외) · 암(유사암제외) 수술비(3회한)		90일	○
· 유사암 수술비(3회한)		×	○
· 암 직접치료 입원일당 (1일이상)	암	90일	×
	기타피부암 갑상선암 대장점막내암 제자리암 경계성종양	×	
· 뇌출혈 진단비		×	○
· 급성심근경색증 진단비		×	○

주1) 유사암 : 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양

주2) 부분 특정소액암 : 전립선암, 방광암

주3) 고액치료비암 : 식도암, 췌장암, 뼈암, 뇌암, 림프, 조혈 및 관련 악성신생물

보장명	세부보장명		최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 면책 기간	최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유발생시 50% 감액 지급
유방관련 특정질환 수술비	· 여성 유방 완전 절제 수술비 (유방의 암·제자리암) · 여성 유방 부분 절제 수술비 (유방의 암·제자리암)	유방의 암	90일	○
		유방의 제자리암	×	
	· 여성 특정유방질환 수술비		×	×
부인과 관련 특정질환 수술비	· 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암 · 제자리암)	생식기의 암	90일	○
		생식기의 제자리암	×	
	· 여성 특정부인과질환 수술비		×	×

Q) 암 수술비를 보장하는 보장은 무엇인가요?

A) 암 수술비는 아래와 같이 3개의 담보로 구성되어 있으며 최초 3회 한하여 수술비를 지급합니다.(4번째 암 수술부터는 보험금을 지급하지 않습니다)

※ 가입금액 예시

- 암 최초수술비(유사암 제외) : 270만원,
- 암(유사암 제외) 수술비(3회한): 30만원
- 유사암수술비(3회한) : 30만원

지급보험금				
① 암 최초 수술비 (유사암 제외)	→	270만원	X	X	X
② 암(유사암 제외) 수술비 (3회한)	→	30만원	30만원	30만원	X
③ 유사암 수술비 (3회한)	→	30만원	30만원	30만원	X
수술 횟수		최초수술 →	2회 →	3회 →	4회…

주) 유사암 : 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양

☞ 지급보험금 예시

구분	암(유사암 제외)으로 수술받을 경우	유사암으로 수술받을 경우
최초 수술시	300만원 (= ① + ②)	30만원 (= ③)
2번째 수술시	30만원 (= ②)	30만원 (= ③)
3번째 수술시	30만원 (= ②)	30만원 (= ③)
4번째 수술시	없 음	없 음
:	없 음	없 음

Q) 이 상품의 만기환급금은 어떻게 지급되나요?

A) 회사는 이 보험의 기본계약 만기시점의 적립금을 만기환급금으로 지급하여 드리며, 공시이율의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출 여부 등에 따라 실제 만기환급금은 최초 가입시 예시한 금액과 달라질 수 있습니다.

☞ 납입보험료 중 적립부분 순보험료(적립보험료에서 계약체결비용 및 계약관리비용을 제외한 금액)를 기준으로 공시이율을 적용한 금액으로, 향후 공시이율의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출 여부 등에 따라 달라질 수 있습니다.

● 가입자격제한 등 상품별 특이사항

□ 가입자격제한

무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 종합보장 플랜의 가입이 가능한 나이는 20세 ~ 60세입니다.

☞ 이 상품은 피보험자의 직업, 직무, 기타사항으로 인해 보험가입 금액 또는 보험료가 제한되거나 인수가 불가능할 수 있으며, 경우에 따라서는 건강진단 결과를 요구할 수 있습니다.

□ 상품구조

① 계약형태

보험기간	15 년만기
납입기간	5 년납, 10 년납, 15 년납
납입주기	월납, 3 개월납, 6 개월납, 연납

② 만기환급금

- 보장부분 : 없음

- 적립부분 : 적립부분 순보험료(적립보험료에서 부가보험료(계약체결비용 및 계약관리비용 등)를 제외한 금액)를 기준으로 공시이율을 적용하여 적립한 금액에서 이미 중도인출한 금액이 있는 경우 해당 금액을 차감한 금액을 만기까지 적립한 금액(단, 최저보증이율 연단위 복리 1.25%)

③ 중도인출

(1) 계약자는 계약일부터 2년 이후 계약이 유효한 경우 매보험년도마다 4회에 한하여 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산된 인출시점의 적립부분 해지환급금(단, 기본계약 해지환급금이 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 기본계약 해지환급금을 한도로 하며, 이 약관에서 정한 보험계약대출이 있을 경우 그 원금과 이자합계액 및 이미 중도인출을 한 경우 그 금액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80%한도 내에서 인출할 수 있습니다.

(2) (1)에도 불구하고 계약일부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료를 초과할 수 없습니다.

□ 상품의 특이사항

① 이 보험의 피보험자는 여성에 한하여 가입 가능합니다.

② 이 보험은 보험업법 제91조에 정한 금융기관보험대리점의 판매를 통한 계약에 한정하는 상품입니다.

③ 아래에 정한 담보는「자가용운전자」에 한하여 가입 가능합니다.

・자동차사고 치아보철지원금

④ 이 상품에서 고액치료비암, 부분 특정소액암 및 유사암은 아래와 같습니다.

고액치료비암	식도암, 췌장암, 뼈암, 뇌암, 림프, 조혈 및 관련 악성신생물
부분 특정소액암	전립선암, 방광암
유사암	기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양

⑤ 사망을 담보로 하는 보험 상품의 경우, 해당 보험의 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적을 수 있습니다.

● 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

□ 보험금 지급사유 및 지급금액

보장명		지급사유	지급금액
상해 사망		상해사고로 사망한 경우	가입금액
상해 후유장해	고도후유장해	상해사고로 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
	일반후유장해	상해사고로 80%미만 후유장해가 발생한 경우	가입금액의 80% 한도
상해 고도장해(80%이상) 생활자금(5년월지급형)		상해사고로 80%이상 후유장해가 발생한 경우(최초 1회한 지급)	5년간 매월 가입금액
상해 중증장해(50%이상) 생활자금(5년월지급형)		상해사고로 50%이상 후유장해가 발생한 경우(최초 1회한 지급)	5년간 매월 가입금액
질병 고도장애(1,2급) 생활자금(5년월지급형)		보험기간 중 질병으로 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조의 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 언어, 지적, 신장, 심장, 간, 안면, 장루·요루, 호흡기 장애 중 하나 이상의 장애가 발생하고, 1급 또는 2급 장애인이 되었을 경우(최초 1회한 지급)	5년간 매월 가입금액
질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금(5년월지급형)		보험기간 중 질병으로 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조의 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 언어, 지적, 신장, 심장, 간, 안면, 장루·요루, 호흡기 장애 중 하나 이상의 장애가 발생하고, 1급, 2급 또는 3급 장애인이 되었을 경우 (최초 1회한 지급)	5년간 매월 가입금액
암 진단비		보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단 확정된 경우(최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는부활(효력회복)일부터 90일이 지난 날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양의 보장개시일은 계약일임	가입금액 ※단, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양은 가입금액의 10%

보장명	지급사유	지급금액
암 진단비 (부분 특정소액암 제외)	보장개시일 이후 암(부분 특정소액암 제외), 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암(부분 특정소액암 제외)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양의 보장개시일은 계약일임 ※ 부분 특정소액암은 전립선암 및 방광암 임	가입금액 ※ 단, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양은 가입금액의 10%
뇌출혈 진단비	보험기간 중 뇌출혈로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
급성심근경색증 진단비	보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
고액치료비암 진단비	보장개시일 이후 약관에 정한 고액치료비암으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 고액치료비암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 고액치료비암: 식도의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 뼈 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	가입금액
양성뇌종양 진단비	보험기간 중 약관에 정한 양성뇌종양으로 진단 확정된 경우(최초 1회한 지급) ※ 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 제외	가입금액

보장명		지급사유	지급금액
유방관련 특정질환 수술비	여성 유방 완전절제 수술비 (유방의 암 · 제자리암)	보장개시일 이후 여성유방의 암 또는 여성유방의 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방완전절제수술을 받은 경우(최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 여성유방의 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복) 일부터 90일이 지난날의 다음날 이며, 여성유방의 제자리암의 보장개시일은 계약일임	가입금액
	여성 유방 부분절제 수술비 (유방의 암 · 제자리암)	보장개시일 이후 여성유방의 암 또는 여성유방의 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방부분절제수술을 받은 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 여성유방의 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복) 일부터 90일이 지난날의 다음날 이며, 여성유방의 제자리암의 보장개시일은 계약일임	가입금액
	여성 특정유방질환 수술비	보험기간 중 약관에 정한 여성 특정유방질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우(최초 1회한 지급)	가입금액
부인과관련 특정질환 수술비	여성 자궁적출 수술비 (생식기의 암 · 제자리암)	보장개시일 이후 여성생식기의 암 또는 여성생식기의 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 자궁적출수술을 받은 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 여성생식기의 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복) 일부터 90일이 지난날의 다음날 이며, 여성생식기의 제자리암의 보장개시일은 계약일임	가입금액
	여성 특정부인과 질환 수술비	보험기간 중 약관에 정한 여성 특정부인과질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우(최초 1회한 지급)	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
암 최초수술비 (유사암제외)	보장개시일 이후 암(유사암제외)으로 진단 확정되고 그 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암(유사암제외)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 유사암은 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양 임	가입금액
암(유사암제외) 수술비(3회한)	보장개시일 이후 암(유사암제외)으로 진단 확정되고 그 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(최초 3회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암(유사암제외)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 유사암은 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양 임	가입금액
유사암 수술비 (3회한)	보장개시일 이후 유사암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양)으로 진단 확정되고 그 유사암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(최초 3회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 유사암의 보장개시일은 계약일임	가입금액
항암 방사선· 약물 치료비	보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선암 진단을 확정받은 후 방사선·약물치료를 받은 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암의 보장개시일은 계약일임	가입금액 ※단, 기타피부암, 갑상선암은 가입금액의20%

보장명	지급사유	지급금액
상해 입원일당 (1일이상)	상해사고로 병·의원 등에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우(180일을 한도로 입원1일당 일당지급)	가입금액
상해 중환자실 입원일당(1일이상)	상해사고로 병·의원 등의 중환자실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우(180일을 한도로 입원1일당 일당지급)	가입금액
질병 입원일당 (1일이상)	보험기간 중 질병으로 병·의원 등에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 입원1일당 일당지급)	가입금액
질병 중환자실 입원일당(1일이상)	보험기간 중 질병으로 병·의원 등의 중환자실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 입원1일당 일당지급)	가입금액
암 직접치료 입원일당(1일이상)	보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 병·의원 등에 1일이상 계속 입원하여 직접적인 치료를 받은 경우(180일을 한도로 입원1일당 일당 지급) ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양의 보장개시일은 계약일임	가입금액 ※단, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양은 가입금액의 20%
깁스치료비	보험기간 중 상해 또는 질병으로 약관에 정한 깁스치료를 받은 경우	가입금액
골절진단비 (치아 파절 (깨짐,부러짐)제외)	상해사고로 약관에 정한 골절(치아파절(깨짐,부러짐) 제외)로 진단 확정된 경우	가입금액
5대골절 진단비	상해사고로 약관에 정한「5대골절」로 진단 확정된 경우	가입금액
화상진단비	상해사고로 심재성 2도 이상에 해당하는 화상으로 진단 확정된 경우	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
자동차사고 치아보철지원금	자동차사고의 직접결과로써 「자동차사고 부상 등급표」에서 정한 5급32항, 6급31항, 7급26항, 8급25항, 9급19항, 10급9항, 11급5항, 12급7항, 13급4항, 14급4항에 해당되어 치아보철치료가 필요하다고 진단받은 경우 (치아 1개당 지급)	가입금액
화상수술비	상해사고의 직접적인 결과로써 화상분류표에 정한 화상으로 진단확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	가입금액
상해흉터복원 수술비	상해사고로 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 원상회복을 목적으로 사고일부터 2년이내에 성형수술을 받은 경우 ※ 안면부 1cm당 14만원, 상·하지 1cm당 7만원(단, 3cm 이상) 지급	500만원 한도

□ 보험금 지급제한사항

① 회사는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 상품의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 회사의 책임(보장)은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날에 시작합니다. 단, 제1회 보험료를 납입하기 전 사고에 대해서는 보상하지 않습니다.

② 하나의 상해로 인하여 회사가 지급하는 후유장해보험금은 후유장해 보험가입금액을 한도로 합니다.

③ 보험계약일부터 암, 암(부분 특정소액암 제외), 여성유방의 암, 여성생식기의 암 및 고액치료비암의 보장개시일 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우 해당 보장은 무효로 하며, 이미 납입한 해당 담보의 보험료를 돌려드립니다.

④ 암, 암(부분 특정소액암제외), 여성유방의 암, 여성생식기의 암 및 고액치료비암의 보장개시일은 최초계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양, 여성유방의 제자리암 및 여성생식기의 제자리암의 보장개시일은 계약일입니다.

⑤ 항암방사선·약물치료비, 암 진단비, 암 진단비(부분 특정소액암 제외), 고액치료비암 진단비, 암 최초수술비(유사암제외), 암(유사암제외) 수술비(3회한), 유사암수술비(3회한), 뇌출혈 진단비, 급성심근경색증 진단비 담보의 경우 최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액지급 합니다.

⑥ 유방관련 특정질환 수술비 및 부인과관련 특정질환 수술비 담보를 가입한 경우 아래에 정한 세부보장은 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액지급 합니다.

담보	세부보장명
유방관련 특정질환 수술비	여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)
	여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)
부인과관련 특정질환 수술비	여성 자궁적출 수술비(생식기의 암 · 제자리암)

⑦ 제자리암, 경계성종양의 경우 항암방사선 · 약물치료비 담보에서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑧ 암 진단비(부분 특정소액암 제외) 담보에서는 전립선암 및 방광암의 부분 특정소액암에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑨ 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암은 담보별로 보장범위가 달리 정의되는 바, 보험금 지급에 관한 세부적인 사항은 약관을 참조하시기 바랍니다.

⑩ 유방관련 특정질환 수술비 담보의 여성 특정유방질환 수술비 세부보장은 약관에서 정한 특정유방질환(유방의 양성신생물(한국표준질병 · 사인분류 D24) 및 유방의 장애(N60~N64, 단, N62 유방의 비대 제외))을 직접치료하기 위한 목적으로 수술하는 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 약관에 특정유방질환으로 정의하지 않은 유방의 암, 제자리암, 경계성종양 및 유방의 비대(N62)는 보장하지 않습니다.

⑪ 부인과관련 특정질환 수술비 담보의 여성 특정부인과질환 수술비 세부보장은 약관에서 정한 특정부인과질병(자궁의 평활근종(한국표준질병 · 사인분류 D25), 자궁의 기타 양성신생물(D26), 난소의 양성신생물(D27), 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 양성신생물(D28), 여성골반내 기관의 염증성질환(N70~N77), 여성생식기관의 비염증성 장애 중 일부질병(N80~N95))을 직접치료하기 위한 목적으로 수술하는 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 약관에 정의하지 않은 생식기의 암, 제자리암, 경계성종양, 요실금(한국표준질병 · 사인분류 N39, R32), 자궁 무력증(N88.3) 및 성병으로 구분되는 골반염증성질환 중 매독성, 임균성, 클라미디아(한국표준질병 · 사인분류 N74.2, N74.3, N74.4), 습관유산자(N96), 여성불임(N97), 인공수정과 관련된 합병증(N98) 및 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후장애(N99)는 보장하지 않습니다.

⑫ 보험금을 지급하지 않는 사유 등 기타 세부적인 사항은 약관의 내용에 따라 보험금의 지급이 제한될 수 있습니다.

● 보험료 산출기초 및 공시이율

□ 보험료 구성

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

□ 적용이율

보장부분 적용이율이란?

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 "보장부분 적용이율"이라고 합니다. 일반적으로 보장부분 적용이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮으면 보험료는 올라갑니다.

공시이율이란?

이 보험에 적용되는 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 회사의 운용자산이익률과 객관적인 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 산출된 공시기준이율의 80%~120% 범위 내에서 정합니다.

※ 이에 대한 보다 자세한 산출방법은 인터넷홈페이지 상품공시실에서 무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504)의 사업방법서를 참조하시기 바랍니다.

이 보험의 적립부분 순보험료는 공시이율(보장성 공시이율Ⅲ 적용)에 의해 연동되어 적립되며, 2015년 4월 현재 적용되는 이율은 연단위 복리 3.25%입니다. 단, 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%입니다.

공시이율은 매월 1일 회사가 정한 이율로 하며, 매월 1일부터 해당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.

최저보증이율이란?

회사의 운용자산이익율 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

☐ 적용위험률

적용위험률이란?

한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 수 있는 확률을 예측한 것을 말합니다. 일반적으로 적용위험률이 높으면 보험료가 올라가고, 낮으면 보험료가 내려갑니다.

< 적용위험률 예시 >

(기준 : 상해1급, 40세, 기본계약)

위험률명	적용위험률
	여자
· 일반상해 입원율(1일이상 180일한도)	0.511070
· 일반상해 중환자실 입원율(1일이상 180일한도)	0.069248
· 질병 입원율(1일이상 180일한도)	0.959746
· 질병 중환자실 입원율(1일이상 180일한도)	0.127153
· 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 이외의 암 입원율(1일이상 180일한도)	0.157464
· 골절발생률(치아파절 제외)	0.018794

☐ 계약체결비용 및 계약관리비용

계약체결비용 및 계약관리비용이란?

보험회사가 보험계약의 체결, 유지 및 관리 등에 필요한 경비로 사용하기 위하여 보험료 중 일정비율을 비용으로 책정한 것을 말합니다.

● 보험료지수

☐ 보험료지수

● 산출식 : “영업보험료/참조순보험료 × 100”

보험료지수란?

해당상품의 보험료(보험금 지급을 위한 보험료 및 보험회사의 사업경비 등을 위한 보험료)가 참조순보험료(금융감독원이 정하는 표준이율 및 참조순보험요율을 적용하여 산출한 보험금 지급을 위한 보험료) 대비 높거나 낮은 수준을 나타내는 지수입니다.

● 계약자배당에 관한 사항

□ 무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 종합보장 플랜은 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 지급합니다.

□ 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 사업경비로 사용되므로 중도해지하는 경우 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

구체적인 상품내용은 무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 종합보장 플랜의 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 생활지원 플랜 주요내용

● 문답식 상품해설 (Q & A)

Q) 이 상품의 가장 큰 특징은 무엇인가요?

A) 무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 생활지원 플랜은 여성전용보험으로 여성을 위한 상해 후유장해, 입원일당, 상해, 질병의 생활자금 등을 보장합니다.

Q) 이 상품의 암에 대한 분류기준 및 보상범위는 어떻게 되나요?

A) 이 상품에서는 암 종류에 따라 합리적인 가입금액을 설정하여 보장을 해드리고자 다음과 같이 보상하는 범위를 분류 하였습니다.

보장명	유사암[주1]	부분 특정 소액암[주2]	일반암
· 암 직접치료 입원일당(1일이상)	○	○	○
· 암 진단 가사지원금 (유사암 및 부분특정 소액암제외,3년월지급형)	×	×	○
· 암 진단 가사지원금 (유사암제외,3년월지급형) · 암 최초수술비(유사암제외) · 암(유사암제외) 수술비(3회한)	×	○	○
· 유사암수술비(3회한)	○	×	×
· 항암 방사선 · 약물치료비 [주3]	○	○	○

주1) 유사암 : 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양
주2) 부분 특정소액암 : 전립선암, 방광암
주3) 항암 방사선 · 약물치료비 담보의 경우 대장점막내암은 일반암에 포함되며, 제자리암 및 경계성종양은 보장하지 않습니다.

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

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

보장명		최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 면책 기간	최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유발생시 50% 감액 지급
· 항암 방사선 · 약물치료비	암	90일	○
	기타피부암 갑상선암	×	
· 암 진단 가사지원금 (유사암제외, 3년월지급형)		90일	○
· 암 진단 가사지원금 (유사암 및 부분 특정소액암 제외, 3년월지급형)		90일	○
· 유사암 진단비		×	○
· 암 최초수술비(유사암제외) · 암(유사암제외) 수술비(3회한)		90일	○
· 유사암 수술비(3회한)		×	○
· 뇌출혈 진단 가사지원금(3년월지급형)		×	○
· 급성심근경색증 진단 가사지원금 (3년월지급형)		×	○
· 암 직접치료 입원일당 (1일이상)	암	90일	×
	기타피부암 갑상선암 대장점막내암 제자리암 경계성종양	×	

주1) 유사암 : 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양
주2) 부분 특정소액암 : 전립선암, 방광암

보장명	세부보장명		최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 면책 기간	최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유발생시 50% 감액 지급
유방관련 특정질환 수술비	· 여성 유방 완전 절제 수술비 (유방의 암 · 제자리암)	유방의 암	90일	○
	· 여성 유방 부분 절제 수술비 (유방의 암 · 제자리암)	유방의 제자리암	×	
	· 여성 특정유방질환 수술비		×	×
부인과 관련 특정질환 수술비	· 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암 · 제자리암)	생식기의 암	90일	○
		생식기의 제자리암	×	
	· 여성 특정부인과질환 수술비		×	×

Q) 암 수술비를 보장하는 보장은 무엇인가요?

A) 암 수술비는 아래와 같이 3개의 담보로 구성되어 있으며 최초 3회 한하여 수술비를 지급합니다.(4번째 암 수술부터는 보험금을 지급하지 않습니다)

※ 가입금액 예시

- 암 최초수술비(유사암 제외) : 270만원,
- 암(유사암 제외) 수술비(3회한): 30만원
- 유사암수술비(3회한) : 30만원

지급보험금				
① 암 최초 수술비 (유사암 제외)	→	270만원	X	X	X
② 암(유사암 제외) 수술비 (3회한)	→	30만원	30만원	30만원	X
③ 유사암 수술비 (3회한)	→	30만원	30만원	30만원	X
수술 횟수		최초수술 →	2회 →	3회 →	4회…

주) 유사암 : 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양

☞ 지급보험금 예시

구분	암(유사암 제외)으로 수술받을 경우	유사암으로 수술받을 경우
최초 수술시	300만원 (= ① + ②)	30만원 (= ③)
2번째 수술시	30만원 (= ②)	30만원 (= ③)
3번째 수술시	30만원 (= ②)	30만원 (= ③)
4번째 수술시	없 음	없 음
:	없 음	없 음

Q) 이 상품의 만기환급금은 어떻게 지급되나요?

A) 회사는 이 보험의 기본계약 만기시점의 적립금을 만기환급금으로 지급하여 드리며, 공시이율의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출 여부 등에 따라 실제 만기환급금은 최초 가입시 예시한 금액과 달라질 수 있습니다.

☞ 납입보험료 중 적립부분 순보험료(적립보험료에서 계약체결비용 및 계약관리비용을 제외한 금액)를 기준으로 공시이율을 적용한 금액으로, 향후 공시이율의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출 여부 등에 따라 달라질 수 있습니다.

● 가입자격제한 등 상품별 특이사항

□ 가입자격제한

무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 생활지원 플랜의 가입이 가능한 나이는 20세 ~ 60세입니다.

☞ 이 상품은 피보험자의 직업, 직무, 기타사항으로 인해 보험가입 금액 또는 보험료가 제한되거나 인수가 불가능할 수 있으며, 경우에 따라서는 건강진단 결과를 요구할 수 있습니다.

□ 상품구조

① 계약형태

보험기간	15 년만기
납입기간	5 년납, 10 년납, 15 년납
납입주기	월납, 3 개월납, 6 개월납, 연납

② 만기환급금

- 보장부분 : 없음

- 적립부분 : 적립부분 순보험료(적립보험료에서 부가보험료(계약체결비용 및 계약관리비용 등)를 제외한 금액)를 기준으로 공시이율을 적용하여 적립한 금액에서 이미 중도인출한 금액이 있는 경우 해당 금액을 차감한 금액을 만기까지 적립한 금액(단, 최저보증이율 연단위 복리 1.25%)

③ 중도인출

(1) 계약자는 계약일부터 2년 이후 계약이 유효한 경우 매보험년도마다 4회에 한하여 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산된 인출시점의 적립부분 해지환급금(단, 기본계약 해지환급금이 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 기본계약 해지환급금을 한도로 하며, 이 약관에서 정한 보험계약대출이 있을 경우 그 원금과 이자합계액 및 이미 중도인출을 한 경우 그 금액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80%한도 내에서 인출할 수 있습니다.

(2) (1)에도 불구하고 계약일부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료를 초과할 수 없습니다.

□ 상품의 특이사항

① 이 보험의 피보험자는 여성에 한하여 가입 가능합니다.

② 이 보험은 보험업법 제91조에 정한 금융기관보험대리점의 판매를 통한 계약에 한정하는 상품입니다.

③ 이 상품에서 부분 특정소액암 및 유사암은 아래와 같습니다.

부분 특정소액암	전립선암, 방광암
유사암	기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양

④ 사망을 담보로 하는 보험 상품의 경우, 해당 보험의 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적을 수 있습니다.

● 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

□ 보험금 지급사유 및 지급금액

보장명		지급사유	지급금액
상해 사망		상해사고로 사망한 경우	가입금액
상해 후유장해	고도후유장해	상해사고로 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
	일반후유장해	상해사고로 80%미만 후유장해가 발생한 경우	가입금액의 80% 한도
상해 고도장해(80%이상) 생활자금(5년월지급형)		상해사고로 80%이상 후유장해가 발생한 경우(최초 1회한 지급)	5년간 매월 가입금액
상해 중증장해(50%이상) 생활자금(5년월지급형)		상해사고로 50%이상 후유장해가 발생한 경우(최초 1회한 지급)	5년간 매월 가입금액
질병 고도장애(1,2급) 생활자금(5년월지급형)		보험기간 중 질병으로 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조의 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 언어, 지적, 신장, 심장, 간, 안면, 장루·요루, 호흡기 장애 중 하나 이상의 장애가 발생하고, 1급 또는 2급 장애인이 되었을 경우(최초 1회한 지급)	5년간 매월 가입금액
질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금(5년월지급형)		보험기간 중 질병으로 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조의 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 언어, 지적, 신장, 심장, 간, 안면, 장루·요루, 호흡기 장애 중 하나 이상의 장애가 발생하고, 1급, 2급 또는 3급 장애인이 되었을 경우 (최초 1회한 지급)	5년간 매월 가입금액
암 진단 가사지원금 (유사암 제외, 3년월지급형)		보장개시일 이후 암(유사암 제외)으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암(유사암 제외)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 유사암은 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양 임	3년간 매월 가입금액

보장명	지급사유	지급금액
암 진단 가사지원금 (유사암 및 부분 특정소액암 제외, 3년월지급형)	보장개시일 이후 암(유사암 및 부분 특정소액암 제외)으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암(유사암 및 부분 특정소액암 제외)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 유사암은 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양 임 ※ 부분 특정소액암은 전립선암 및 방광암 임	3년간 매월 가입금액
유사암 진단비	보험기간 중 유사암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양)으로 진단 확정된 경우(각각 최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
뇌출혈 진단 가사지원금 (3년월지급형)	보험기간 중 뇌출혈로 진단 확정된 경우(최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	3년간 매월 가입금액
급성심근경색증 진단 가사지원금 (3년월지급형)	보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	3년간 매월 가입금액

보장명	지급사유	지급금액
암 최초수술비 (유사암제외)	보장개시일 이후 암(유사암제외)으로 진단 확정되고 그 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암(유사암제외)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 유사암은 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양 임	가입금액
암(유사암제외) 수술비(3회한)	보장개시일 이후 암(유사암제외)으로 진단 확정되고 그 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(최초 3회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암(유사암제외)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 유사암은 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양 임	가입금액
유사암 수술비 (3회한)	보장개시일 이후 유사암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양)으로 진단 확정되고 그 유사암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(최초 3회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 유사암의 보장개시일은 계약일임	가입금액

보장명		지급사유	지급금액
항암 방사선 · 약물 치료비		보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선암 진단을 확정받은 후 방사선 · 약물치료를 받은 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암의 보장개시일은 계약일임	가입금액 ※단, 기타피부암, 갑상선암은 가입금액의20%
유방관련 특정질환 수술비	여성 유방 완전절제 수술비 (유방의 암 · 제자리암)	보장개시일 이후 여성유방의 암 또는 여성유방의 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방완전절제수술을 받은 경우(최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 여성유방의 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 여성유방의 제자리암의 보장개시일은 계약일임	가입금액
	여성 유방 부분절제 수술비 (유방의 암 · 제자리암)	보장개시일 이후 여성유방의 암 또는 여성유방의 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방부분절제수술을 받은 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 여성유방의 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 여성유방의 제자리암의 보장개시일은 계약일임	가입금액
	여성 특정유방질환 수술비	보험기간 중 약관에 정한 여성 특정유방질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우(최초 1회한 지급)	가입금액

보장명		지급사유	지급금액
부인과관련 특정질환 수술비	여성 자궁적출 수술비 (생식기의 암 · 제자리암)	보장개시일 이후 여성생식기의 암 또는 여성생식기의 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 자궁적출수술을 받은 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 여성생식기의 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 여성생식기의 제자리암의 보장개시일은 계약일임	가입금액
	여성 특정부인과 질환 수술비	보험기간 중 약관에 정한 여성 특정부인과질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우(최초 1회한 지급)	가입금액
상해 입원일당 (1일이상)		상해사고로 병 · 의원 등에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 입원1일당 일당지급)	가입금액
상해 중환자실 입원일당(1일이상)		상해사고로 병 · 의원 등의 중환자실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우(180일을 한도로 입원1일당 일당지급)	가입금액
질병 입원일당 (1일이상)		보험기간 중 질병으로 병 · 의원 등에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 입원1일당 일당지급)	가입금액
질병 중환자실 입원일당(1일이상)		보험기간 중 질병으로 병 · 의원 등의 중환자실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 입원1일당 일당지급)	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
암 직접치료 입원일당(1일이상)	보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 병·의원 등에 1일이상 계속 입원하여 직접적인 치료를 받은 경우(180일을 한도로 입원1일당 일당 지급) ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양의 보장개시일은 계약일임	가입금액 ※단, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양은 가입금액의 20%

□ 보험금 지급제한사항

① 회사는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 상품의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 회사의 책임(보장)은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날에 시작합니다. 단, 제1회 보험료를 납입하기 전 사고에 대해서는 보상하지 않습니다.

② 하나의 상해로 인하여 회사가 지급하는 후유장해보험금은 후유장해 보험가입금액을 한도로 합니다.

③ 보험계약일부터 암, 암(부분 특정소액암 제외), 여성유방의 암 및 여성생식기의 암의 보장개시일 전일 이전에 암으로 진단 확정되는 경우 해당 보장은 무효로 하며, 이미 납입한 해당 담보의 보험료를 돌려드립니다.

④ 암, 암(부분 특정소액암 제외), 여성유방의 암, 여성생식기의 암 및 고액치료비암의 보장개시일은 최초계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양, 여성유방의 제자리암 및 여성생식기의 제자리암의 보장개시일은 계약일입니다.

⑤ 항암방사선·약물치료비, 암 진단 가사지원금(유사암제외, 3년월지급형), 암 진단 가사지원금(유사암 및 부분 특정소액암 제외, 3년월지급형), 유사암 진단비, 암 최초수술비(유사암제외), 암(유사암제외) 수술비(3회한), 유사암수술비(3회한), 뇌출혈 진단 가사지원금(3년월지급형), 급성심근경색증 진단 가사지원금(3년월지급형) 담보의 경우 최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액지급합니다.

⑥ 유방관련 특정질환 수술비 및 부인과관련 특정질환 수술비 담보를 가입한 경우 아래에 정한 세부보장은 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액지급 합니다.

담보	세부보장명
유방관련 특정질환 수술비	여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)
	여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)
부인과관련 특정질환 수술비	여성 자궁적출 수술비(생식기의 암 · 제자리암)

⑦ 제자리암, 경계성종양의 경우 항암방사선 · 약물치료비 담보에서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑧ 암 진단 가사지원금(유사암 및 부분 특정소액암 제외, 3년월지급형) 담보에서는 전립선암 및 방광암의 부분 특정소액암에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑨ 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암은 담보별로 보장범위가 달리 정의되는 바, 보험금 지급에 관한 세부적인 사항은 약관을 참조하시기 바랍니다.

⑩ 유방관련 특정질환 수술비 담보의 여성 특정유방질환 수술비 세부보장은 약관에서 정한 특정유방질환(유방의 양성신생물(한국표준질병 · 사인분류 D24) 및 유방의 장애(N60~N64, 단, N62 유방의 비대 제외))을 직접치료하기 위한 목적으로 수술하는 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 약관에 특정유방질환으로 정의하지 않은 유방의 암, 제자리암, 경계성종양 및 유방의 비대(N62)는 보장하지 않습니다.

⑪ 부인과관련 특정질환 수술비 담보의 여성 특정부인과질환 수술비 세부보장은 약관에서 정한 특정부인과질병(자궁의 평활근종(한국표준질병 · 사인분류 D25), 자궁의 기타 양성신생물(D26), 난소의 양성신생물(D27), 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 양성신생물(D28), 여성골반내 기관의 염증성질환(N70~N77), 여성생식기관의 비염증성 장애 중 일부질병(N80~N95))을 직접치료하기 위한 목적으로 수술하는 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 약관에 정의하지 않은 생식기의 암, 제자리암, 경계성종양, 요실금(한국표준질병 · 사인분류 N39, R32), 자궁 무력증(N88.3) 및 성병으로 구분되는 골반염증성질환 중 매독성, 임균성, 클라미디아(한국표준질병 · 사인분류 N74.2, N74.3, N74.4), 습관유산자(N96), 여성불임(N97), 인공수정과 관련된 합병증(N98) 및 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후장애(N99)는 보장하지 않습니다.

⑫ 보험금을 지급하지 않는 사유 등 기타 세부적인 사항은 약관의 내용에 따라 보험금의 지급이 제한될 수 있습니다.

● 보험료 산출기초 및 공시이율

□ 보험료 구성

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

□ 적용이율

보장부분 적용이율이란?

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 "보장부분 적용이율"이라고 합니다. 일반적으로 보장부분 적용이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮으면 보험료는 올라갑니다.

공시이율이란?

이 보험에 적용되는 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 회사의 운용자산이익률과 객관적인 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 산출된 공시기준이율의 80%~120% 범위 내에서 정합니다.

※ 이에 대한 보다 자세한 산출방법은 인터넷홈페이지 상품공시실에서 무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504)의 사업방법서를 참조하시기 바랍니다.

이 보험의 적립부분 순보험료는 공시이율(보장성 공시이율Ⅲ 적용)에 의해 연동되어 적립되며, 2015년 4월 현재 적용되는 이율은 연단위 복리 3.25%입니다. 단, 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%입니다.

공시이율은 매월 1일 회사가 정한 이율로 하며, 매월 1일부터 해당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.

최저보증이율이란?

회사의 운용자산이익율 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

☐ 적용위험률

적용위험률이란?

한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 수 있는 확률을 예측한 것을 말합니다. 일반적으로 적용위험률이 높으면 보험료가 올라가고, 낮으면 보험료가 내려갑니다.

< 적용위험률 예시 >

(기준 : 상해1급, 40세, 기본계약)

위험률명	적용위험률
	여자
· 일반상해 입원율(1일이상 180일한도)	0.511070
· 일반상해 중환자실 입원율(1일이상 180일한도)	0.069248
· 질병 입원율(1일이상 180일한도)	0.959746
· 질병 중환자실 입원율(1일이상 180일한도)	0.127153
· 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 이외의 암 입원율(1일이상 180일한도)	0.157464

☐ 계약체결비용 및 계약관리비용

계약체결비용 및 계약관리비용이란?

보험회사가 보험계약의 체결, 유지 및 관리 등에 필요한 경비로 사용하기 위하여 보험료 중 일정비율을 비용으로 책정한 것을 말합니다.

● 보험료지수

☐ 보험료지수

● 산출식 : “영업보험료/참조순보험료 × 100”

보험료지수란?

해당상품의 보험료(보험금 지급을 위한 보험료 및 보험회사의 사업경비 등을 위한 보험료)가 참조순보험료(금융감독원이 정하는 표준이율 및 참조순보험요율을 적용하여 산출한 보험금 지급을 위한 보험료) 대비 높거나 낮은 수준을 나타내는 지수입니다.

● 계약자배당에 관한 사항

□ 무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 생활지원 플랜은 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 지급합니다.

□ 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 사업경비로 사용되므로 중도해지하는 경우 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

구체적인 상품내용은 무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 생활지원 플랜의 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 수술보장 플랜 주요내용

● 문답식 상품해설 (Q & A)

Q) 이 상품의 가장 큰 특징은 무엇인가요?

A) 무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 수술보장 플랜은 여성전용보험으로 여성을 위한 상해 후유장해, 입원일당, 상해, 질병의 생활자금 등을 보장합니다.

Q) 이 상품의 암에 대한 분류기준 및 보상범위는 어떻게 되나요?

A) 이 상품에서는 암 종류에 따라 합리적인 가입금액을 설정하여 보장을 해드리고자 다음과 같이 보상하는 범위를 분류 하였습니다.

보장명	유사암[주1)]	일반암
· 암 직접치료 입원일당(1일이상)	○	○
· 암 최초수술비(유사암제외) · 암(유사암제외) 수술비(3회한)	×	○
· 유사암수술비(3회한)	○	×
· 항암 방사선 · 약물치료비 [주2)]	○	○

주1) 유사암 : 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양

주2) 항암 방사선 · 약물치료비 담보의 경우 대장점막내암은 일반암에 포함되며, 제자리암 및 경계성종양은 보장하지 않습니다.

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

A) 네. 있습니다. 이 상품의 보장 중 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.

<table>
<tr><th colspan="3">보장명</th><th>최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 면책 기간</th><th>최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유발생시 50% 감액 지급</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">· 항암 방사선 · 약물치료비</td><td>암</td><td>90일</td><td rowspan="2">○</td></tr>
<tr><td>기타피부암
갑상선암</td><td>×</td></tr>
<tr><td colspan="3">· 암 최초수술비(유사암제외)
· 암(유사암제외) 수술비(3회한)</td><td>90일</td><td>○</td></tr>
<tr><td colspan="3">· 유사암 수술비(3회한)</td><td>×</td><td>○</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">· 암 직접치료 입원일당
(1일이상)</td><td>암</td><td>90일</td><td rowspan="2">×</td></tr>
<tr><td>기타피부암
갑상선암
대장점막내암
제자리암
경계성종양</td><td>×</td></tr>
<tr><td rowspan="3">유방관련
특정질환
수술비</td><td rowspan="2">· 여성 유방 완전절제 수술비
(유방의 암 · 제자리암)
· 여성 유방 부분절제 수술비
(유방의 암 · 제자리암)</td><td>유방의 암</td><td>90일</td><td rowspan="2">○</td></tr>
<tr><td>유방의
제자리암</td><td>×</td></tr>
<tr><td colspan="2">· 여성 특정유방질환 수술비</td><td>×</td><td>×</td></tr>
<tr><td rowspan="3">부인과
관련
특정질환
수술비</td><td rowspan="2">· 여성 자궁적출 수술비
(생식기의 암 · 제자리암)</td><td>생식기의 암</td><td>90일</td><td rowspan="2">○</td></tr>
<tr><td>생식기의
제자리암</td><td>×</td></tr>
<tr><td colspan="2">· 여성 특정부인과질환 수술비</td><td>×</td><td>×</td></tr>
</table>

주1) 유사암 : 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양

Q) 암 수술비를 보장하는 보장은 무엇인가요?

A) 암 수술비는 아래와 같이 3개의 담보로 구성되어 있으며 최초 3회 한하여 수술비를 지급합니다.(4번째 암 수술부터는 보험금을 지급하지 않습니다)

※ 가입금액 예시

- 암 최초수술비(유사암 제외) : 270만원,
- 암(유사암 제외) 수술비(3회한): 30만원
- 유사암수술비(3회한) : 30만원

지급보험금				
① 암 최초 수술비 (유사암 제외)	→	270만원	X	X	X
② 암(유사암 제외) 수술비 (3회한)	→	30만원	30만원	30만원	X
③ 유사암 수술비 (3회한)	→	30만원	30만원	30만원	X
수술 횟수		최초수술 →	2회 →	3회 →	4회…

주) 유사암 : 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양

☞ 지급보험금 예시

구분	암(유사암 제외)으로 수술받을 경우	유사암으로 수술받을 경우
최초 수술시	300만원 (= ① + ②)	30만원 (= ③)
2번째 수술시	30만원 (= ②)	30만원 (= ③)
3번째 수술시	30만원 (= ②)	30만원 (= ③)
4번째 수술시	없 음	없 음
:	없 음	없 음

Q) 이 상품의 만기환급금은 어떻게 지급되나요?

A) 회사는 이 보험의 기본계약 만기시점의 적립금을 만기환급금으로 지급하여 드리며, 공시이율의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출 여부 등에 따라 실제 만기환급금은 최초 가입시 예시한 금액과 달라질 수 있습니다.

☞ 납입보험료 중 적립부분 순보험료(적립보험료에서 계약체결비용 및 계약관리비용을 제외한 금액)를 기준으로 공시이율을 적용한 금액으로, 향후 공시이율의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출 여부 등에 따라 달라질 수 있습니다.

● 가입자격제한 등 상품별 특이사항

□ 가입자격제한

무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 수술보장 플랜의 가입이 가능한 나이는 20세 ~ 60세입니다.

☞ 이 상품은 피보험자의 직업, 직무, 기타사항으로 인해 보험가입 금액 또는 보험료가 제한되거나 인수가 불가능할 수 있으며, 경우에 따라서는 건강진단 결과를 요구할 수 있습니다.

□ 상품구조

① 계약형태

보험기간	15 년만기
납입기간	5 년납, 10 년납, 15 년납
납입주기	월납, 3 개월납, 6 개월납, 연납

② 만기환급금

- 보장부분 : 없음

- 적립부분 : 적립부분 순보험료(적립보험료에서 부가보험료(계약체결비용 및 계약관리비용 등)를 제외한 금액)를 기준으로 공시이율을 적용하여 적립한 금액에서 이미 중도인출한 금액이 있는 경우 해당 금액을 차감한 금액을 만기까지 적립한 금액(단, 최저보증이율 연단위 복리 1.25%)

③ 중도인출

(1) 계약자는 계약일부터 2년 이후 계약이 유효한 경우 매보험년도마다 4회에 한하여 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산된 인출시점의 적립부분 해지환급금(단, 기본계약 해지환급금이 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 기본계약 해지환급금을 한도로 하며, 이 약관에서 정한 보험계약대출이 있을 경우 그 원금과 이자합계액 및 이미 중도인출을 한 경우 그 금액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80%한도 내에서 인출할 수 있습니다.

(2) (1)에도 불구하고 계약일부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료를 초과할 수 없습니다.

□ 상품의 특이사항

① 이 보험의 피보험자는 여성에 한하여 가입 가능합니다.

② 이 보험은 보험업법 제91조에 정한 금융기관보험대리점의 판매를 통한 계약에 한정하는 상품입니다.

③ 아래에 정한 담보는「자가용운전자」에 한하여 가입 가능합니다.

·자동차사고 치아보철지원금

④ 이 상품에서 유사암은 아래와 같습니다.

유사암	기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양

⑤ 사망을 담보로 하는 보험 상품의 경우, 해당 보험의 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적을 수 있습니다.

● 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

□ 보험금 지급사유 및 지급금액

보장명		지급사유	지급금액
상해 사망		상해사고로 사망한 경우	가입금액
상해 후유장해	고도후유장해	상해사고로 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
	일반후유장해	상해사고로 80%미만 후유장해가 발생한 경우	가입금액의 80% 한도
상해 고도장해(80%이상) 생활자금(5년월지급형)		상해사고로 80%이상 후유장해가 발생한 경우(최초 1회한 지급)	5년간 매월 가입금액
상해 중증장해(50%이상) 생활자금(5년월지급형)		상해사고로 50%이상 후유장해가 발생한 경우(최초 1회한 지급)	5년간 매월 가입금액
질병 고도장애(1,2급) 생활자금(5년월지급형)		보험기간 중 질병으로 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조의 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 언어, 지적, 신장, 심장, 간, 안면, 장루·요루, 호흡기 장애 중 하나 이상의 장애가 발생하고, 1급 또는 2급 장애인이 되었을 경우(최초 1회한 지급)	5년간 매월 가입금액
질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금(5년월지급형)		보험기간 중 질병으로 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조의 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 언어, 지적, 신장, 심장, 간, 안면, 장루·요루, 호흡기 장애 중 하나 이상의 장애가 발생하고, 1급, 2급 또는 3급 장애인이 되었을 경우 (최초 1회한 지급)	5년간 매월 가입금액

보장명		지급사유	지급금액
유방관련 특정질환 수술비	여성 유방 완전절제 수술비 (유방의 암 · 제자리암)	보장개시일 이후 여성유방의 암 또는 여성유방의 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방완전절제수술을 받은 경우(최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 여성유방의 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 여성유방의 제자리암의 보장개시일은 계약일임	가입금액
	여성 유방 부분절제 수술비 (유방의 암 · 제자리암)	보장개시일 이후 여성유방의 암 또는 여성유방의 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방부분절제수술을 받은 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 여성유방의 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 여성유방의 제자리암의 보장개시일은 계약일임	가입금액
	여성 특정유방질환 수술비	보험기간 중 약관에 정한 여성 특정유방질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우(최초 1회한 지급)	가입금액
부인과관련 특정질환 수술비	여성 자궁적출 수술비 (생식기의 암 · 제자리암)	보장개시일 이후 여성생식기의 암 또는 여성생식기의 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 자궁적출수술을 받은 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 여성생식기의 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 여성생식기의 제자리암의 보장개시일은 계약일임	가입금액
	여성 특정부인과 질환 수술비	보험기간 중 약관에 정한 여성 특정부인과질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우(최초 1회한 지급)	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
암 최초수술비 (유사암제외)	보장개시일 이후 암(유사암제외)으로 진단 확정되고 그 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암(유사암제외)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 유사암은 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양 임	가입금액
암(유사암제외) 수술비(3회한)	보장개시일 이후 암(유사암제외)으로 진단 확정되고 그 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(최초 3회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암(유사암제외)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 유사암은 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양 임	가입금액
유사암 수술비 (3회한)	보장개시일 이후 유사암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양)으로 진단 확정되고 그 유사암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(최초 3회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 유사암의 보장개시일은 계약일임	가입금액
항암 방사선 · 약물 치료비	보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선암 진단을 확정받은 후 방사선 · 약물치료를 받은 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암의 보장개시일은 계약일임	가입금액 ※단, 기타피부암, 갑상선암은 가입금액의20%

보장명	지급사유	지급금액
상해 입원일당 (1일이상)	상해사고로 병·의원 등에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우(180일을 한도로 입원1일당 일당지급)	가입금액
상해 중환자실 입원일당(1일이상)	상해사고로 병·의원 등의 중환자실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우(180일을 한도로 입원1일당 일당지급)	가입금액
암 직접치료 입원일당(1일이상)	보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 병·의원 등에 1일이상 계속 입원하여 직접적인 치료를 받은 경우(180일을 한도로 입원1일당 일당 지급) ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양의 보장개시일은 계약일임	가입금액 ※단, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양은 가입금액의 20%
깁스치료비	보험기간 중 상해 또는 질병으로 약관에 정한 깁스치료를 받은 경우	가입금액
골절진단비 (치아 파절 (깨짐,부러짐)제외)	상해사고로 약관에 정한 골절(치아파절(깨짐,부러짐) 제외)로 진단 확정된 경우	가입금액
5대골절 진단비	상해사고로 약관에 정한「5대골절」로 진단 확정된 경우	가입금액
화상진단비	상해사고로 심재성 2도 이상에 해당하는 화상으로 진단 확정된 경우	가입금액
자동차사고 치아보철지원금	자동차사고의 직접결과로써「자동차사고 부상 등급표」에서 정한 5급32항, 6급31항, 7급26항, 8급25항, 9급19항, 10급9항, 11급5항, 12급7항, 13급4항, 14급4항에 해당되어 치아보철치료가 필요하다고 진단받은 경우 (치아 1개당 지급)	가입금액
화상수술비	상해사고의 직접적인 결과로써 화상분류표에 정한 화상으로 진단확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
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

□ 보험금 지급제한사항

① 회사는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 상품의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 회사의 책임(보장)은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날에 시작합니다. 단, 제1회 보험료를 납입하기 전 사고에 대해서는 보상하지 않습니다.

② 하나의 상해로 인하여 회사가 지급하는 후유장해보험금은 후유장해 보험가입금액을 한도로 합니다.

③ 보험계약일부터 암, 여성유방의 암 및 여성생식기의 암의 보장개시일 전일 이전에 암으로 진단 확정되는 경우 해당 보장은 무효로 하며, 이미 납입한 해당 담보의 보험료를 돌려드립니다.

④ 암, 여성유방의 암 및 여성생식기의 암의 보장개시일은 최초계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양, 여성유방의 제자리암 및 여성생식기의 제자리암의 보장개시일은 계약일입니다.

⑤ 항암방사선 · 약물치료비, 암 최초수술비(유사암제외), 암(유사암제외) 수술비(3회한), 유사암수술비(3회한) 담보의 경우 최초 보험가입 후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액지급 합니다.

⑥ 유방관련 특정질환 수술비 및 부인과관련 특정질환 수술비 담보를 가입한 경우 아래에 정한 세부보장은 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액지급 합니다.

담보	세부보장명
유방관련 특정질환 수술비	여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)
	여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암 · 제자리암)
부인과관련 특정질환 수술비	여성 자궁적출 수술비(생식기의 암 · 제자리암)

⑦ 제자리암, 경계성종양의 경우 항암방사선 · 약물치료비 담보에서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑧ 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암은 담보별로 보장범위가 달리 정의되는 바, 보험금 지급에 관한 세부적인 사항은 약관을 참조하시기 바랍니다.

⑨ 유방관련 특정질환 수술비 담보의 여성 특정유방질환 수술비 세부보장은 약관에서 정한 특정유방질환(유방의 양성신생물(한국표준질병 · 사인분류 D24) 및 유방의 장애(N60~N64, 단, N62 유방의 비대 제외))을 직

접치료하기 위한 목적으로 수술하는 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 약관에 특정유방질환으로 정의하지 않은 유방의 암, 제자리암, 경계성 종양 및 유방의 비대(N62)는 보장하지 않습니다.

⑩ 부인과관련 특정질환 수술비 담보의 여성 특정부인과질환 수술비 세부보장은 약관에서 정한 특정부인과질병(자궁의 평활근종(한국표준질병·사인분류 D25), 자궁의 기타 양성신생물(D26), 난소의 양성신생물(D27), 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 양성신생물(D28), 여성골반내 기관의 염증성질환(N70~N77), 여성생식기관의 비염증성 장애 중 일부질병(N80~N95))을 직접치료하기 위한 목적으로 수술하는 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 약관에 정의하지 않은 생식기의 암, 제자리암, 경계성 종양, 요실금(한국표준질병·사인분류 N39, R32), 자궁 무력증(N88.3) 및 성병으로 구분되는 골반염증성질환 중 매독성, 임균성, 클라미디아(한국표준질병·사인분류 N74.2, N74.3, N74.4), 습관유산자(N96), 여성불임(N97), 인공수정과 관련된 합병증(N98) 및 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후장애(N99)는 보장하지 않습니다.

⑪ 보험금을 지급하지 않는 사유 등 기타 세부적인 사항은 약관의 내용에 따라 보험금의 지급이 제한될 수 있습니다.

● 보험료 산출기초 및 공시이율

□ 보험료 구성

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

□ 적용이율

보장부분 적용이율이란?

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 "보장부분 적용이율"이라고 합니다. 일반적으로 보장부분 적용이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮으면 보험료는 올라갑니다.

공시이율이란?

이 보험에 적용되는 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 회사의 운용자산이익률과 객관적인 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 산출된 공시기준이율의 80%~120% 범위 내에서 정합니다.

※ 이에 대한 보다 자세한 산출방법은 인터넷홈페이지 상품공시실에서 무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504)의 사업방법서를 참조하시기 바랍니다.

이 보험의 적립부분 순보험료는 공시이율(보장성 공시이율Ⅲ 적용)에 의해 연동되어 적립되며, 2015년 4월 현재 적용되는 이율은 연단위 복리 3.25%입니다. 단, 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%입니다.

공시이율은 매월 1일 회사가 정한 이율로 하며, 매월 1일부터 해당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.

최저보증이율이란?

회사의 운용자산이익율 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

☐ 적용위험률

적용위험률이란?

한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 수 있는 확률을 예측한 것을 말합니다. 일반적으로 적용위험률이 높으면 보험료가 올라가고, 낮으면 보험료가 내려갑니다.

< 적용위험률 예시 >

(기준 : 상해1급, 40세, 기본계약)

위험률명	적용위험률
	여자
· 일반상해 입원율(1일이상 180일한도)	0.511070
· 일반상해 중환자실 입원율(1일이상 180일한도)	0.069248
· 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 이외의 암 입원율(1일이상 180일한도)	0.157464
· 골절발생률(치아파절 제외)	0.018794

☐ 계약체결비용 및 계약관리비용

계약체결비용 및 계약관리비용이란?

보험회사가 보험계약의 체결, 유지 및 관리 등에 필요한 경비로 사용하기 위하여 보험료 중 일정비율을 비용으로 책정한 것을 말합니다.

● 보험료지수

☐ 보험료지수

● 산출식 : “영업보험료/참조순보험료 × 100”

보험료지수란?

해당상품의 보험료(보험금 지급을 위한 보험료 및 보험회사의 사업경비 등을 위한 보험료)가 참조순보험료(금융감독원이 정하는 표준이율 및 참조순보험요율을 적용하여 산출한 보험금 지급을 위한 보험료) 대비 높거나 낮은 수준을 나타내는 지수입니다.

● 계약자배당에 관한 사항

□ 무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 수술보장 플랜은 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 지급합니다.

□ 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 사업경비로 사용되므로 중도해지하는 경우 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

구체적인 상품내용은 무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 수술보장 플랜의 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 소득보장 플랜 주요내용

● 문답식 상품해설 (Q & A)

Q) 이 상품의 가장 큰 특징은 무엇인가요?

A) 무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 소득보장 플랜은 여성전용보험으로 여성을 위한 상해, 질병 생활자금, 상해 입원일당 등을 보장합니다.

Q) 이 상품의 만기환급금은 어떻게 지급되나요?

A) 회사는 이 보험의 기본계약 만기시점의 적립금을 만기환급금으로 지급하여 드리며, 공시이율의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출 여부 등에 따라 실제 만기환급금은 최초 가입시 예시한 금액과 달라질 수 있습니다.

☞ 납입보험료 중 적립부분 순보험료(적립보험료에서 계약체결비용 및 계약관리비용을 제외한 금액)를 기준으로 공시이율을 적용한 금액으로, 향후 공시이율의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출 여부 등에 따라 달라질 수 있습니다.

● 가입자격제한 등 상품별 특이사항

□ 가입자격제한

무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 소득보장 플랜의 가입이 가능한 나이는 20세 ~ 60세입니다.

☞ 이 상품은 피보험자의 직업, 직무, 기타사항으로 인해 보험가입금액 또는 보험료가 제한되거나 인수가 불가능할 수 있으며, 경우에 따라서는 건강진단 결과를 요구할 수 있습니다.

□ 상품구조

① 계약형태

보험기간	15년만기
납입기간	5년납, 10년납, 15년납
납입주기	월납, 3개월납, 6개월납, 연납

② 만기환급금

- 보장부분 : 없음

- 적립부분 : 적립부분 순보험료(적립보험료에서 부가보험료(계약체결비용 및 계약관리비용 등)를 제외한 금액)를 기준으로 공시이율을 적용하여 적립한 금액에서 이미 중도인출한 금액이 있는 경우 해당 금액을 차감한 금액을 만기까지 적립한 금액(단, 최저보증이율 연단위 복리 1.25%)

③ 중도인출

(1) 계약자는 계약일부터 2년 이후 계약이 유효한 경우 매보험년도마다 4회에 한하여 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산된 인출시점의 적립부분 해지환급금(단, 기본계약 해지환급금이 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 기본계약 해지환급금을 한도로 하며, 이 약관에서 정한 보험계약대출이 있을 경우 그 원금과 이자합계액 및 이미 중도인출을 한 경우 그 금액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80%한도 내에서 인출할 수 있습니다.

(2) (1)에도 불구하고 계약일부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료를 초과할 수 없습니다.

□ 상품의 특이사항

① 이 보험의 피보험자는 여성에 한하여 가입 가능합니다.

② 이 보험은 보험업법 제91조에 정한 금융기관보험대리점의 판매를 통한 계약에 한정하는 상품입니다.

③ 사망을 담보로 하는 보험 상품의 경우, 해당 보험의 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적을 수 있습니다.

● 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

□ 보험금 지급사유 및 지급금액

보장명		지급사유	지급금액
상해 사망		상해사고로 사망한 경우	가입금액
상해 후유장해	고도후유장해	상해사고로 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
	일반후유장해	상해사고로 80%미만 후유장해가 발생한 경우	가입금액의 80% 한도
상해 고도장해(80%이상) 생활자금(5년월지급형)		상해사고로 80%이상 후유장해가 발생한 경우(최초 1회한 지급)	5년간 매월 가입금액
상해 중증장해(50%이상) 생활자금(5년월지급형)		상해사고로 50%이상 후유장해가 발생한 경우(최초 1회한 지급)	5년간 매월 가입금액
질병 고도장애(1,2급) 생활자금(5년월지급형)		보험기간 중 질병으로 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조의 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 언어, 지적, 신장, 심장, 간, 안면, 장루·요루, 호흡기 장애 중 하나 이상의 장애가 발생하고, 1급 또는 2급 장애인이 되었을 경우(최초 1회한 지급)	5년간 매월 가입금액
질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금(5년월지급형)		보험기간 중 질병으로 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조의 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 언어, 지적, 신장, 심장, 간, 안면, 장루·요루, 호흡기 장애 중 하나 이상의 장애가 발생하고, 1급, 2급 또는 3급 장애인이 되었을 경우 (최초 1회한 지급)	5년간 매월 가입금액
상해 입원일당 (1일이상)		상해사고로 병·의원 등에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 입원1일당 일당지급)	가입금액
상해 중환자실 입원일당(1일이상)		상해사고로 병·의원 등의 중환자실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우(180일을 한도로 입원1일당 일당지급)	가입금액

□ 보험금 지급제한사항

① 회사는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 상품의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 회사의 책임(보장)은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날에 시작합니다. 단, 제1회 보험료를 납입하기 전 사고에 대해서는 보상하지 않습니다.

② 하나의 상해로 인하여 회사가 지급하는 후유장해보험금은 후유장해 보험가입금액을 한도로 합니다.

③ 보험금을 지급하지 않는 사유 등 기타 세부적인 사항은 약관의 내용에 따라 보험금의 지급이 제한될 수 있습니다.

● 보험료 산출기초 및 공시이율

□ 보험료 구성

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

□ 적용이율

보장부분 적용이율이란?

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 "보장부분 적용이율"이라고 합니다. 일반적으로 보장부분 적용이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮으면 보험료는 올라갑니다.

공시이율이란?

이 보험에 적용되는 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 회사의 운용자산이익률과 객관적인 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 산출된 공시기준이율의 80%~120% 범위 내에서 정합니다.

※ 이에 대한 보다 자세한 산출방법은 인터넷홈페이지 상품공시실에서 무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504)의 사업방법서를 참조하시기 바랍니다.

이 보험의 적립부분 순보험료는 공시이율(보장성 공시이율Ⅲ 적용)에 의해 연동되어 적립되며, 2015년 4월 현재 적용되는 이율은 연단위 복리 3.25%입니다. 단, 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%입니다.

공시이율은 매월 1일 회사가 정한 이율로 하며, 매월 1일부터 해당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.

최저보증이율이란?

회사의 운용자산이익율 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

☐ 적용위험률

적용위험률이란?

한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 수 있는 확률을 예측한 것을 말합니다. 일반적으로 적용위험률이 높으면 보험료가 올라가고, 낮으면 보험료가 내려갑니다.

< 적용위험률 예시 >

(기준 : 상해1급, 40세, 기본계약)

위험률명	적용위험률
	여자
· 일반상해 입원율(1일이상 180일한도)	0.511070
· 일반상해 중환자실 입원율(1일이상 180일한도)	0.069248
· 질병장애 1급 발생률	0.000124
· 질병장애 2급 발생률	0.000215
· 질병장애 3급 발생률	0.000172

☐ 계약체결비용 및 계약관리비용

계약체결비용 및 계약관리비용이란?

보험회사가 보험계약의 체결, 유지 및 관리 등에 필요한 경비로 사용하기 위하여 보험료 중 일정비율을 비용으로 책정한 것을 말합니다.

● 보험료지수

☐ 보험료지수

● 산출식 : “영업보험료/참조순보험료 × 100”

보험료지수란?

해당상품의 보험료(보험금 지급을 위한 보험료 및 보험회사의 사업경비 등을 위한 보험료)가 참조순보험료(금융감독원이 정하는 표준이율 및 참조순보험요율을 적용하여 산출한 보험금 지급을 위한 보험료) 대비 높거나 낮은 수준을 나타내는 지수입니다.

● 계약자배당에 관한 사항

□ 무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 소득보장 플랜은 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 지급합니다.

□ 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 사업경비로 사용되므로 중도해지하는 경우 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

구체적인 상품내용은 무배당 삼성명품 건강보험 여성만족 W(1504) 소득보장 플랜의 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

약관에서 인용된 법령 내용

【의료법】

제3조 (의료기관)

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

【상법】

제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【전자서명법】

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. (생략)
2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
   가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
   나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
   다. 전자서명이 있은 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
   라. 전자서명이 있은 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

(이하 생략)

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. 「신용정보의이용및보호에관한 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 을지로29) 또는 각 영업점
  - o 전 화 : 1588-5114

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은 **「신용정보의이용및보호에관한법률」 제36조**에 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 **「신용정보의이용및보호에관한법률」 제37조**에 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 을지로29) 또는 각 영업점
o 전 화 : 1588-5114
o 인터넷 : http://www.samsungfire.com
– 신청자 제한 : ***신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.***
단, 마케팅 목적의 동의철회는 즉시 가능합니다.

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은 **「신용정보의이용및보호에관한 법률」 제38조**에 따라 회사가 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

– 신청방법
o 서 면 : 본사 (서울시 중구 을지로29) 또는 각 영업점
o 전 화 : 1588-5114
o 인터넷 : http://www.samsungfire.com

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은 **「신용정보의이용및보호에관한법률」 제39조**에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

– 연락처
- NICE 신용정보(주) : ☎ 02-2122-4000 인터넷 www.nice.co.kr
- 서울신용평가정보(주) : ☎ 02-3445-5000 인터넷 www.sci.co.kr
- 코리아크레딧뷰로(주) : ☎ 02-708-6000 인터넷 www.kcb4u.com

3. 개인정보 유출시 피해보상

당사의 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

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

– 연락처
- 당사 고객정보 관리 · 보호 고충처리자
  : 02-758-4404 / 서울시 중구 을지로29
- 협회 개인신용정보 보호담당자
  : 02-3702-8541 / 서울시 종로구 종로5길68
- 금융감독원 개인신용정보 보호담당자
  : 02-3145-5427 / 서울시 영등포구 여의대로 38



보 통 약 관



무배당 삼성명품 건강보험
여성만족 W(1504)
종합보장 플랜 보통약관

제1장 공통사항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

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

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약관계 관련 용어

1. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
3. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
4. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
5. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

1. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
2. 장해: [별표2] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사

실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

1. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
2. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
3. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

④ 기간과 날짜 관련 용어

1. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
2. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

1. 보장보험료와 적립보험료를 합하여 보험료라 합니다.
2. 보장보험료: 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.
3. 적립보험료: 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제2장 개별보장의 (보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2장 개별보장의 (보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제2장 개별보장의 (보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 장애인등록증
3. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
5. 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에 한합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류 (단, 단체취급 특별약관을 부가하는 경우, 사망보험금을 지급 할 때 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경

우 법정상속인의 확인서 등)
② 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 제1항 제2호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.
④ 제1항 제5호의 장애등급결정서는 장애인복지법 시행규칙 제3조(장애인의 등록신청 및 장애진단), 제6조(장애등급 조정), 제7조(장애상태 확인)에 의한 장애등급 심사규정 제8조(심사결과 및 통지) 제2항에 의해 발급한 것으로 합니다.

제6조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제2장 각 개별보장의 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수

익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조(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 않습니다.
⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제7조(공시이율의 적용 및 공시)

① 이 보험의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 정해진 계약체결비용 및 계약관리비용을 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 보장성 공시이율Ⅲ(이하 「공시이율」이라 합니다)로 하며, 공시이율은 매월 1일부터 해당월 마지막 날까지 1개월간 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 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 회사의 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 산출된 공시기준이율의 80%~120% 범위내에서 정합니다.

③ 회사는 제1항 내지 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제8조(환급금의 중도인출)

① 계약자는 계약일부터 2년 이후에 계약이 유효한 경우 매보험년도마다 4회에 한하여 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계산된 인출시점의 적립부분 해지환급금(단, 기본계약 해지환급금이 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 기본계약 해지환급금을 한도로 하며, 이 약관에서 정한 보험계약대출이 있을 경우 그 원금과 이자합계액 및 이미 중도인출을 한 경우 그 금액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80%한도 내에서 인출할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 계약일부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료를 초과할 수 없습니다.

<보험년도>
당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지로 매1년 단위의 연도임. 예를 들어, 보험계약일이 2014년 8월 15일인 경우 보험년도는 8월 15일부터 2015년도 8월 14일까지 1년을 말함

제9조(만기환급금의 지급)

① 회사는 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료에 대하여 보험료납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 공시이율로 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 적립한 금액(제8조(환급금의 중도인출)에 따라 중도인출하는 경우에는 중도인출한 금액을 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제7조(공시이율의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%로 합니다.

② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

③ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의

기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에 따릅니다.
④ 제8조(환급금의 중도인출) 제1항에 따라 환급금을 중도인출한 경우에는 중도인출금 및 중도인출금에 부리되었을 이자만큼 만기환급금에서 차감하여 계산하므로 제1항에 정한 지급금이 감소합니다.
⑤ 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항 제5호에서 정한 적립보험료 등을 감액할 경우 제1항에 정한 만기환급금은 없거나 최초가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.

<최저보증이율>

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 1%인 경우(최저보증이율이 공시이율보다 큰 경우), 적립금은 공시이율(1%)이 아닌 최저보증이율로 부리됩니다.

제10조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제11조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제12조(보험수익자의 지정)
① 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제9조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 기타 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.
② 제1항에 따라 지정된 보험수익자가 보험기간 중에 사망한 때에는 계약자는 다시 보험수익자를 지정할 수 있으며, 이 경우에 계약자가 보험수익자를 지정하지 않고 사망한 때에는 보험수익자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제13조(대표자의 지정)
① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조(계약 전 알릴 의무)
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제15조(상해보험계약 후 알릴 의무)
① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차

또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.
② 제1항의 통지에 따라 위험이 증가 또는 감소하는 경우 보험료가 변경될 수 있으며, 잔여기간 보장을 위한 재원인 해지환급금의 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 돌려받을 금액이 발생할 수 있습니다.
③ 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
④ 제2항의 보험료 변경으로 인해 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하「변경전 요율」이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제16조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 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 서면 등으로 알려 드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑧ 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제17조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(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.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 표준이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제19조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인

계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

<전문보험계약자>

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자, 모집종사자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제20조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관

의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

< 통신판매계약 >

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

< 자필서명 >

날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

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

제21조(계약의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우 계약이 유효합니다.

> **< 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.

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

제22조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목

2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 적립보험료 등 기타 계약의 내용

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

<유의사항>

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

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

⑥ 계약자가 보험수익자를 변경하지 않고 사망한 때에는 계약자 사망시점에 지정되어 있는 보험수익자의 권리가 확정됩니다. 그러나 계약자가 사망한 이후 그 승계인이 보험수익자를 변경할 수 있다는 별도의 약정이 있는 경우에는 승계받은 계약자가 보험수익자를 변경할 수 있습니다.

⑦ 회사는 제1항 제4호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제23조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제21조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

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

< 보험나이 계산 예시 >

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

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

제24조(계약의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 제2장 각 개별보장의 책임준비금(다만, 제2장 각 개별보장의 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유로 보험금을 지급하고 개별보장이 소멸된 경우는 제외합니다)과 적립부분 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

<책임준비금>

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제32조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5관 보험료의 납입

제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청

약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

< 보장개시일 >

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

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

1. 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제26조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

< 납입기일 >

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제27조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이

지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

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 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 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 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

<보험계약대출이율>

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

제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에

대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 표준이율+1% 범위내에서 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 제14조(계약 전 알릴 의무), 제16조(알릴 의무 위반의 효과), 제

17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립) 및 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제30조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))
① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)
① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제21조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여

야 할 해지환급금이 있을 때에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(중대사유로 인한 해지)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

< 이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급 >

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(회사의 파산선고와 해지)

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

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제34조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(해지환급금)

① 이 약관에 따른 해지환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다. 이 때 적립부분 순보험료에 대하여는 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 공시이율을 적용하고, 제8조(환급금의 중도인출)에 따라 중도인출한 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 적립부분 책임준비금에서 중도인출한 금액을 차감하여 계산합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제7조(공시이율의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용합니다. 단, 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%로 합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에 따릅니다.

③ 제8조(환급금의 중도인출) 제1항에 따라 환급금을 중도인출한 경우에는 중도인출금 및 중도인출금에 부리되었을 이자만큼 해지환급금에서 차감하여 계산하므로 제1항에 정한 지급금이 감소합니다.

④ 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항 제5호에서 정한 적립보험료 등을 감액할 경우 제1항에 정한 해지환급금은 없거나 최초가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

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 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이

해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.
④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제36조(배당금의 지급)
회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

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

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

제39조(소멸시효)
보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권, 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

<소멸시효>
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2015년 4월 1일에 발생하였음에도 2018년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제40조(약관의 해석)
① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자

에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제41조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

<보험안내자료>
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다

제42조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제43조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제44조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 이 약관에서

정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제45조(예금보험에 의한 지급보장)

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

제2장 개별보장

2-1. 상해 사망 보장

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권에 기재된 상해 사망 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

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

제3조(보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-2. 상해 후유장해 보장

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 장해분류표([별표2] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해 보험금	80%이상	보험증권에 기재된 상해 후유장해 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액(이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해 보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 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 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 후유장해보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 보장은 소멸되지 않습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-3. 상해 고도장해(80%이상) 생활자금 (5년월지급형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 장해분류표([별표2] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 상해 고도장해(80%이상) 생활자금(5년월지급형) 보장 (이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 상해 고도장해(80%이상) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

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

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장

해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 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 이 보장에서 상해 고도장해(80%이상) 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 상해 고도장해(80%이상) 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 상해 고도장해(80%이상) 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는상해 고도장해(80%이상) 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.
⑧ 보험수익자가 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-4. 상해 중증장해(50%이상) 생활자금 (5년월지급형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 장해분류표([별표2] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 상해 중증장해(50%이상) 생활자금(5년월지급형) 보장 (이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생 해당일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 상해 중증장해(50%이상) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

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

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 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 상해중증장해(50%이상) 생활자금 생활자금에서 이미 지급받은 상해중증장해(50%이상) 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 이미 이 보장에서 상해 중증장해(50%이상) 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 상해 중증장해(50%이상) 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 상해 중증장해(50%이상) 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 상해 중증장해(50%이상) 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.
⑧ 보험수익자가 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-5. 질병 고도장애(1,2급) 생활자금 (5년월지급형) 보장

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조([별표-질병관련1] 참조)의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애,

언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간 장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기 장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐장애, 정신장애, 간질장애 제외)가 발생하고, 1급 또는 2급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간 장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인)이 되었을때 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 질병 고도장애(1,2급) 생활자금(5년월지급형) 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생 해당일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 질병 고도장애(1,2급) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 끝난 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기 ([별표-질병관련2] 참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급 ([별표-질병관련3] 참조)에 해당되는 보험금을 지급합니다.

③ 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공

통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑥ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑦ 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 「장애등급 판정기준」이 「장애인복지법」및「장애인복지법 시행규칙」(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.
⑧ 제7항에도 불구하고 '법령'의 개정으로 「장애등급 판정기준」이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애등급판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「장애등급 판정기준」에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.
⑨ 보험수익자가 질병 고도장애(1,2급) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제4조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병 고도장애(1,2급) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-6. 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금 (5년월지급형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조([별표-질병관련1] 참조)의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간 장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기 장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐장애, 정신장애, 간질장애 제외)가 발생하고, 1급, 2급 또는 3급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간 장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인)이 되었을 때 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금(5년월지급형) 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생 해당일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 질병중증장애(1,2,3급) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 끝난 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기 ([별표-질병관련2] 참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급 ([별표-질병관련3] 참조)에 해당되는 보험금을 지급합니다.

③ 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급

사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
⑤ 제4항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑥ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑦ 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 「장애등급 판정기준」이 「장애인복지법」 및 「장애인복지법 시행규칙」(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.
⑧ 제7항에도 불구하고 '법령'의 개정으로 「장애등급 판정기준」이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애등급판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「장애등급 판정기준」에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.
⑨ 보험수익자가 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제4조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴

때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

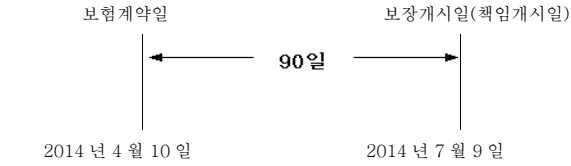
2-7. 암 진단비 보장

제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는 「경계성종양」으로 진단확정되었을 때에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다. 단, 피보험자가 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 암 진단비를 지급받은 이후에 진단받은「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」은 진단비를 지급하지 않습니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
암 진단시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
기타피부암 진단시 갑상선암 진단시 대장점막내암 진단시 제자리암 진단시 경계성종양 진단시	이 보장 보험가입금액의 5%	이 보장 보험가입금액의 10%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 보장의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 보장의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



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

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

⑥ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성

종양」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

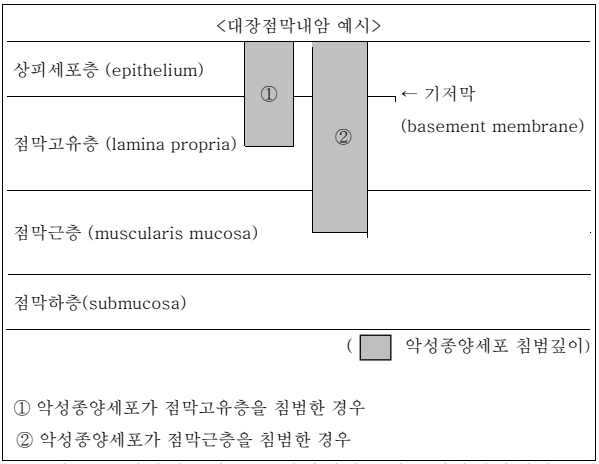
제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련4] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로변하기이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 보장에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 보장에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 보장에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」 및 「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」 및 「대장점막내암」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.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련5] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다.

② 이 보장에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」 및 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조 직 (fixed tissue) 검 사, 미 세 바 늘 흡 인 검 사 (fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「제자리암」 및 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우

제6조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 진단비 중 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되어 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제7조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-8. 암 진단비(부분 특정소액암 제외) 보장

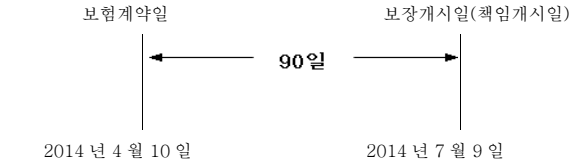
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되었을 때에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 진단비(부분 특정소액암 제외)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 피보험자가 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 암 진단비(부분 특정소액암 제외)를 지급받은 이후에 진단받은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」은 진단비를 지급하지 않습니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
암 진단시 (부분 특정소액암 제외)	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
기타피부암 진단시 갑상선암 진단시 대장점막내암 진단시 제자리암 진단시 경계성종양 진단시	이 보장 보험가입금액의 5%	이 보장 보험가입금액의 10%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 보장의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 보장의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



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

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

⑥ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성

종양」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련4] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「부분 특정소액암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌) 상 태 (암 으 로 변 하 기 이 전 상 태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

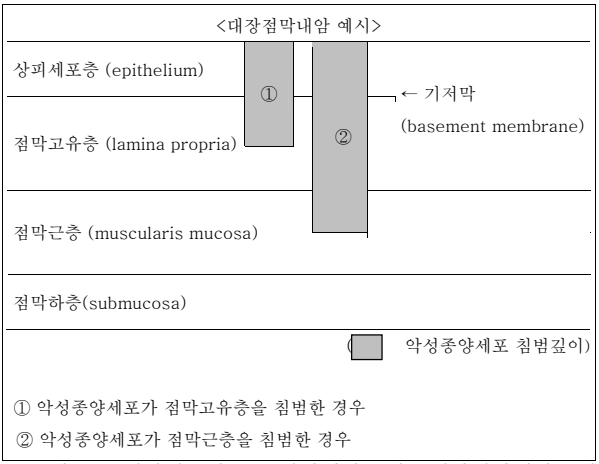
②이 보장에서 「부분 특정소액암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 아래에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
(1) 전립선의 악성신생물	C61
(2) 방광의 악성신생물	C67

③ 이 보장에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 보장에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 보장에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium) 에 서 발 생 한 악 성 종 양 세 포 가 기 저 막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑥ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」 및 「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」 및 「대장점막내암」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.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련5] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다.

② 이 보장에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」 및 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조 직 (fixed tissue) 검 사, 미 세 바 늘 흡 인 검 사 (fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「제자리암」 및 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우

제6조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 진단비 중 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되어 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제7조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-9. 급성심근경색증 진단비 보장

제1조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 급성심근경색증 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
급성심근경색증 진단시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「급성심근경색증」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련8] 급성심근경색증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.
② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-10. 뇌출혈 진단비 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에「뇌출혈」로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌출혈 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
뇌출혈 진단시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

⑥ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「뇌출혈」을 직접

적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
⑦ 진단서 상의 분류번호는「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제3조 (뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「뇌출혈」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련7] 뇌출혈 분류표에서 정한 질병을 말합니다.
② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-11. 고액치료비암 진단비 보장

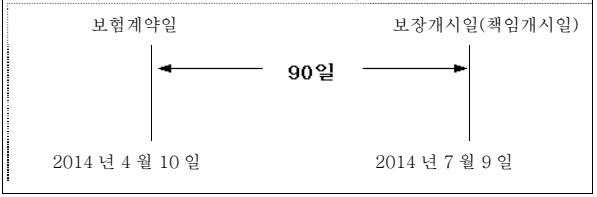
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「고액치료비암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 고액치료비암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
고액치료비암 진단시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「고액치료비암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 보장의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 보장의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「고액치료비암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공

통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「고액치료비암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조 (고액치료비암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「고액치료비암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 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 관련조직의 악성신생물」([별표-질병관련9] 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 병리 또는 진단검사의학의 전문의 사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixedtissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<유의사항>

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

제4조 (보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조 (고액치료비암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 고액치료비암으로 진단확정 되는 경우

제5조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 고액치료비암 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제6조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외

합니다.

2-12. 양성뇌종양 진단비 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에「양성뇌종양」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 양성뇌종양 진단비 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 양성뇌종양 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

⑥ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「양성뇌종양」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지

급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조 (양성뇌종양의 정의 및 진단 확정)
① 이 보장에서「양성뇌종양」이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양을 말하며, 뇌에손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다. 단, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 제외합니다.
② 제1항의 양성뇌종양은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말합니다.
③ 양성뇌종양의 진단 확정은 병리 또는 신경외과의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검사상 객 관 적 인 이 상 소 견 (Sign) 과 함 께 뇌 전 산 화 단층 활 영 (Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

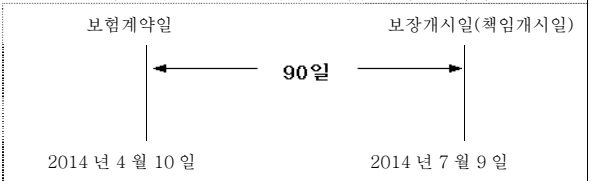
2-13. 암 최초수술비(유사암 제외) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되고 그 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 최초수술비(유사암 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
암으로 최초수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

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

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



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

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

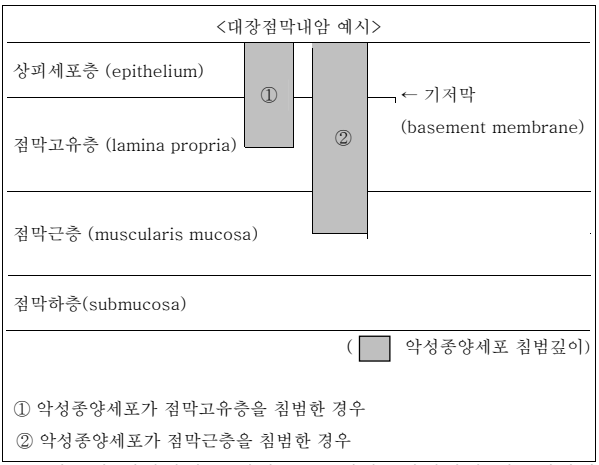
② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1항 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련4] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.
② 이 보장에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 보장에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 보장에서 「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」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.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 보장에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 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 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향

후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료.
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 암 최초수술비(유사암 제외) 지급사유에 해당되면 암 최초수술비(유사암 제외)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제3항 제7호의 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선 (ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 제3항 제7호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조 (보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우

제6조 (보장의 소멸)

① 회사가 제3조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한「암」으로 진단확정되어 암 최초수술비 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제7조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-14. 암(유사암 제외) 수술비(3회한) 보장

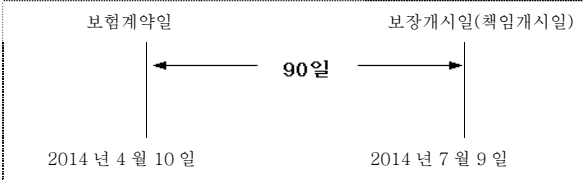
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되고 그 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 때에는 최초 3회에 한하여 아래에 정한 금액을 암(유사암제외) 수술비(3회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
암으로 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

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

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



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

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

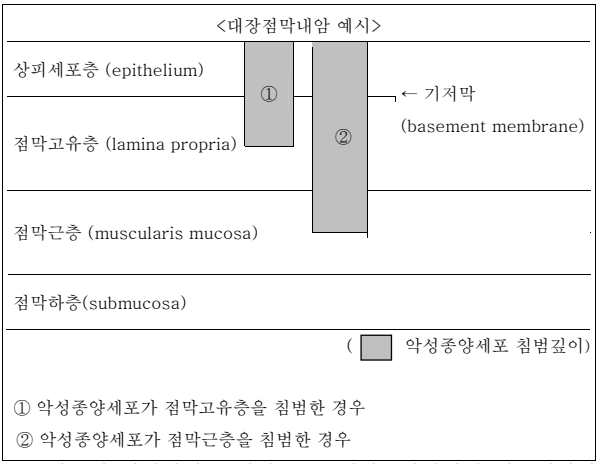
② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합

니다.
④ 제1항 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련4] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로변하기이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.
② 이 보장에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 보장에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 보장에서 「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」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.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 보장에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 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 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향

후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료.
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 암(유사암제외) 수술비(3회한) 지급사유에 해당되면 암(유사암제외) 수술비(3회한)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제3항 제7호의「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선 (ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 제3항 제7호의「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사자격을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조 (보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우

제6조 (보장의 소멸)

① 회사가 제3조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한「암」으로 진단확정되어 암 수술비 보험금을 3회 모두 지급한 때에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제7조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-15. 유사암 수술비(3회한) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」(이하「유사암」이라 합니다) 으로 진단 확정되고 그 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 때에는 최초 3회에 한하여 아래에 정한 금액을 유사암 수술비(3회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
기타피부암 수술시 갑상선암 수술시 대장점막내암 수술시 제자리암 수술시 경계성종양 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1항 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

⑥ 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

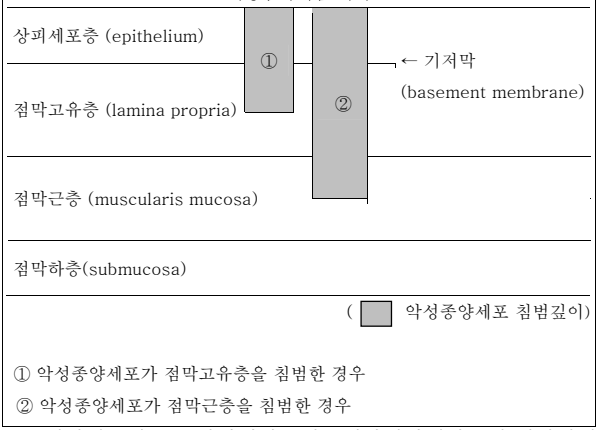
제3조 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「기타피부암」이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 보장에서「갑상선암」이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 보장에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium) 에 서 발 생 한 악 성 종 양 세 포 가 기 저 막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

<대장점막내암 예시>



④ 「기타피부암」,「갑상선암」및「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「기타피부암」,「갑상선암」및「대장점막내암」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.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련5] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다.

② 이 보장에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」및「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조 직 (fixed tissue) 검 사, 미 세 바 늘 흡 인 검 사 (fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」및「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 보장에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「유사암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 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 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료.
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 유사암 수술비(3회한) 지급사유에 해당되면 유사암 수술비(3회한)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제3항 제7호의「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선 (ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 제3항 제7호의「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사자격을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조 (보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 유사암 수술비 보험금을 3회 모두 지급한 때에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제7조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-16. 골절 진단비(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외) 보장

제 1 조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 [별표-상해관련1] 골절(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외) 분류표에 정한 골절(이하「골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우에는 보험증권에 기재된 골절 진단비(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외) 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 골절 진단비(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 골절 진단비(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외)는 매사고마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제 4 조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제 1 장 공통사항을 따릅니다.

2-17. 5 대골절 진단비 보장

제 1 조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 [별표-상해관련2] 5대 골절 분류표에 정한 골절(이하「5대골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우에는 보험증권에 기재된 5대골절 진단비 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액

을 5대골절 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 5대골절 진단비는 매사고 마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 5대골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제 4 조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제 1 장 공통사항을 따릅니다.

2-18. 화상 수술비 보장

제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 [별표-상해관련4] 화상 분류표에 정한 화상(이하「화상」이라 합니다)으로 진단확정 후 그 치료를 직접목적으로 「수술」을 받은 경우에는 화상 수술비 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 화상 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 화상이라 함은 [별표-상해관련4] 화상 분류표에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고, 심재성 2도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.
③ 제1항의 화상 수술비는 매사고 마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 동시에 2가지 이상의 화상 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금

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

제3조 (수술의 정의와 장소)

① 이 보장에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 화상의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 화상의 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 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

< 신의료기술평가위원회 >

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.
3. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제5조 (보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제6조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-19. 깁스치료비 보장

제 1 조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 「깁스(Cast)치료」(이하 「깁스치료」라 합니다)를 받은 경우에는 매사고 마다 보험증권에 기재된 깁스치료비 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 깁스치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의

부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제 3 조(「깁스(Cast)치료」의 정의)
① 이 보장에서 「깁스(Cast)치료」라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료를 직접적인 목적으로 「깁스(Cast)치료」가 필요하다고 인정되는 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.
② 제1항에서 "부목치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제 4 조(보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제 5 조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제 1 장 공통사항을 따릅니다.

2-20. 화상 진단비 보장

제 1 조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접적인 결

과로써 [별표-상해관련4] 화상 분류표에 정한 화상(이하「화상」이라 합니다)으로 진단확정된 경우에는 화상 진단비 보장(이하「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 화상 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 화상이라 함은 [별표-상해관련4] 화상 분류표에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고, 심재성 2도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.
③ 제1항의 화상 진단비는 매사고 마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제 4 조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제 1 장 공통사항을 따릅니다.

2-21. 자동차사고 치아보철지원금 보장

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자(자가용운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)가 보험기간 중에 아래에 정한 사고(이하「자동차사고」라 합니다)를 직접적인 원인으로 상해의 직접결과로써 치아보철치료가 필요하다고 진단받은 경우 치아 1개당 자동차사고 치아보철지원금 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 자동차사고 치아보철지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.
1. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고
2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에

급격하고도 우연한 자동차사고

3. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차 사고

<용어풀이>

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

② 제1항에서 치아보철을 필요로 하는 상해라 함은 [별표-상해관련3]자동차사고 부상 등급표에서 정한 5급32항, 6급31항, 7급26항, 8급 25항, 9급19항, 10급9항, 11급5항, 12급7항, 13급4항, 14급4항을 말합니다.

③ 제1항에서 치아보철치료라 함은 치아의 일부분이 없어지거나 기능을 상실했을 때 치아를 대체하여 주는 치료방법으로 크라운, 브릿지, 완전의치 및 임플란트 등을 말합니다.

④ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 제4항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고

가. 피보험자가 영업을 목적으로 자동차를 운전하던 중에 발생된 손해
나. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안에 발생한 손해
다. 하역작업을 하는 동안에 발생하는 손해
라. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
마. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조 (보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

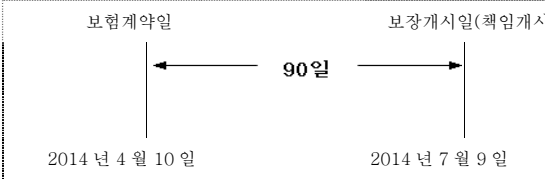
2-22. 항암방사선·약물 치료비 보장

제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 방사선·약물치료를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암방사선·약물 치료비로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 피보험자가 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 항암방사선·약물 치료비를 지급받은 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 방사선·약물치료를 받은 경우에는 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 방사선·약물 치료비는 지급하지 않습니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
· 암으로 방사선·약물치료시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
· 기타피부암으로 방사선·약물치료시 · 갑상선암으로 방사선·약물치료시	이 보장 보험가입금액의 10%	이 보장 보험가입금액의 20%

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

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



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

③ 「방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

④ 「약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1항 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련4] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 보장에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 보장에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 및 「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.

제4조 (보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우

제5조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선·약물치료비 중 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 항암방사선·약물 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제6조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-23. 유방관련 특정질환 수술비 보장

제1조 (보장의 범위)

이 보장은「여성 특정유방질환 수술비」,「여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암)」및「여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)」의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에「여성 특정유방질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「수술」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 여성 특정유방질환 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장금액
여성 특정유방질환 수술비	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 100%

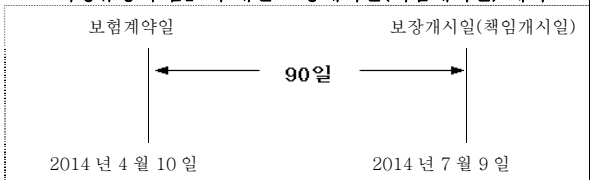
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「여성유방의 암」또는「여성유방의 제자리암」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방완전절제수술 또는 유방부분절제수술을 받은 때에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가「여성유방의 암

및 여성유방의 제자리암」 이외의 원인으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방완전절제수술 또는 유방부분절제수술을 받은 때에는 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)를 지급하지 않습니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
여성 유방 완전절제 수술비 (유방의 암·제자리암)	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 50%	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 100%
여성 유방 부분절제 수술비 (유방의 암·제자리암)	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 50%	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 100%

② 제2항의 경우 「여성유방의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 보장의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「여성유방의 제자리암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 보장의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「여성유방의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



* 단, 「여성유방의 제자리암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니

다.
② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 제1항 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 항암방사선 및 항암약물치료는 대해서는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)가 지급되지 않습니다.

제4조 (여성 특정유방질환의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「여성 특정유방질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 여성 특정유방질환으로 분류되는 질병([별표-질병관련15] 여성 특정유방질환 분류표 참조)을 말합니다. 다만, [별표-질병관련15] 여성 특정유방질환 분류표에서 정한 바에 따라 아래에 정한 질병은 제외합니다.

1. 유방의 비대(N62)

② 「여성 특정유방질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조 (여성유방의 암 및 여성유방의 제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「여성유방의 암」이라 함은 제 6 차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만,「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 보장에서「여성유방의 제자리암」이라 함은 제 6 차 개정 한국표준질병 ·사인분류 중 분류번호 D05(유방의 제자리암종)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 「여성유방의 암」및「여성유방의 제자리암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 피보험자가「여성유방의 암」및「여성유방의 제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 (유방완전절제수술 및 유방부분절제수술의 정의)

① 이 보장에서「유방완전절제수술」이라 함은 [별표-질병관련 10] 유방완전절제수술 분류표에서 정한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다.

② 이 보장에서「유방부분절제수술」이라 함은 [별표-질병관련 11] 유방부분절제수술 분류표에서 정한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다.

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 보장에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「여성 특정유방질환」의 치료,「유방완전절제수술」또는 「유방부분절제수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「여성 특정유방질환」의 치료,「유방완전절제수술」또는 「유방부분절제수술」의 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부

위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료.
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암) 지급사유에 해당되면 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제3항 제7호의 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지전리방사선 (ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.
⑤ 제3항 제7호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사자격을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조 (보험금 지급 후 보험료 납입)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제10조(보장의 소멸) 제1항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차

회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.
② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제9조 (보장의 무효)

① 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
② 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「여성유방의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제5조(여성유방의 암 및 여성유방의 제자리암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「여성유방의 암」으로 진단확정 되는 경우 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 및 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)의 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (보장의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성 특정유방질환 수술비, 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 세부보장별로 해지환급금을 지급하지 않습니다.
② 회사가 제1항에 따라 여성 특정유방질환 수술비, 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 및 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)를 각 1회씩 총 3회 지급한 때에는 최종 수술비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제11조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력

회복))
부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제12조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-24. 부인과관련 특정질환 수술비 보장

제1조 (보장의 범위)
이 보장은「여성 특정부인과질환 수술비」및「여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에「여성 특정 부인과질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「수술」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 여성 특정 부인과질환 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장금액
여성 특정 부인과질환 수술비	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 100%

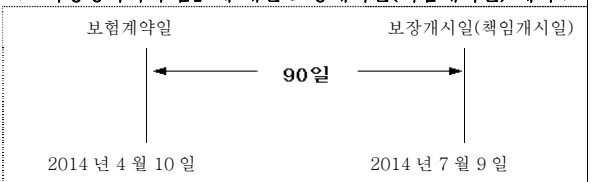
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「여성생식기의 암」또는「여성생식기의 제자리암」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「자궁적출수술」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가「여성생식기의 암 및 여성생식기의 제자리암」이외의 원인으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「자궁적출수술」을 받은 때에는 여성 자궁적출 수술비

(생식기의암·제자리암)를 지급하지 않습니다.7

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
여성 자궁적출 수술비 (생식기의 암·제자리암)	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 50%	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 100%

③ 제2항의 경우「여성생식기의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 보장의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「여성생식기의 제자리암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 보장의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「여성생식기의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



* 단,「여성생식기의 제자리암」에
대한보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와

계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 제1항 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 항암방사선 및 항암약물치료에 대해서는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)가 지급되지 않습니다.

제4조 (여성 특정부인과질환의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「여성 특정부인과질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 여성 특정부인과질환으로 분류되는 질병([별표-질병관련16] 여성 특정부인과질환 분류표 참조)을 말합니다. 다만, [별표-질병관련16] 여성 특정부인과질환 분류표에서 정한 바에 따라 아래에 정한 질병은 제외합니다.

1. 여성 매독성 골반염증성 질환(N74.2)
2. 여성 임균성 골반염증성 질환(N74.3)
3. 여성 클라미디아 골반염증성 질환(N74.4)
4. 자궁경부의 무력증(N88.3)
5. 습관유산자(N96)
6. 여성 불임(N97)
7. 인공수정과 관련된 합병증(N98)
8. 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후장애(N99)

② 「여성 특정부인과질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조 (여성생식기의 암 및 여성생식기의 제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「여성생식기의 암」이라 함은 한국표준질병•사인분류 중 여성생식기의 암으로 분류되는 질병([별표-질병관련12]여성생식기의 암 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)

상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.
② 이 보장에서 「여성생식기의 제자리암」이라 함은 한국표준질병•사인분류 중 여성생식기의 제자리암으로 분류되는 질병([별표-질병관련13] 여성생식기의 제자리암 분류표 참조)을 말합니다.
③ 「여성생식기의 암」및「여성생식기의 제자리암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 피보험자가「여성생식기의 암」및「여성생식기의 제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 (자궁적출수술의 정의)

① 이 보장에서「자궁적출수술」이라 함은 자궁을 적출(외과적으로 제거함)하는 수술로써 [별표-질병관련14] 자궁적출수술 분류표에서 정한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다.

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 보장에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「여성 특정부인과질환」의 치료 또는「자궁적출수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「여성 특정부인과질환」의 치료 또는「자궁적출수술」의 직접적인 치료를 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 말합니다.
② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료.
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암) 지급사유에 해당되면 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제3항 제7호의 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선 (ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 제3항 제7호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사자격을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제10조(보장의 소멸) 제1항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.

② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제9조 (보장의 무효)

① 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로

보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
② 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「여성생식기의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제5조(여성생식기의 암 및 여성생식기의 제자리암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「여성생식기의 암」으로 진단확정 되는 경우 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)의 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (보장의 소멸)
① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성 특정부인과질환 수술비 또는 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 세부보장별로 해지환급금을 지급하지 않습니다.
② 회사가 제1항에 따라 여성 특정부인과질환 수술비, 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)를 각 1회씩 총 2회 지급한 때에는 최종 수술비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그때부터 효력이 없습니다.
③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제11조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제12조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-25. 상해흉터복원 수술비 보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복(이하 「상해흉터복원」이라 합니다)을 목적으로 사고일부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(단, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다)을 받은 경우 아래에 정한 금액을 상해흉터복원 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

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

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술Cm는 최장 직경으로 합니다.

② 제1항에서 정한 상해흉터복원 수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

<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.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

① 이 보장에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 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 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

< 신의료기술평가위원회 >

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제4조(보장의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-26. 암 직접치료 입원일당(1일이상) 보장

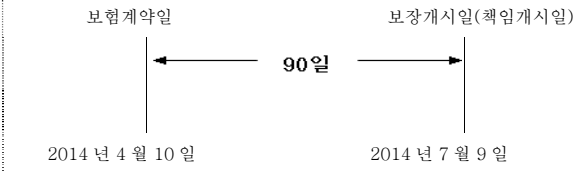
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단이 확정되고 그 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다)하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 암 직접치료 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	암 직접치료 입원일당(1 일이상)
암으로 입원시	이 보장 보험가입금액의 100%
기타피부암으로 입원시 갑상선암으로 입원시 대장점막내암으로 입원시 제자리암으로 입원시 경계성종양으로 입원시	1 일당 이 보장 보험가입금액의 20%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 보장의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 보장의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



*

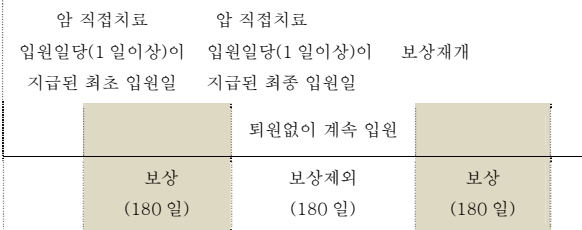
단,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 암 직접치료 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원을 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제3항의 규정을 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및 「경계성종양」에 대한 입원이라도 암 직접치료 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 암 직접치료 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암 직접치료 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



⑥ 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 보장의 보험기간이 끝났

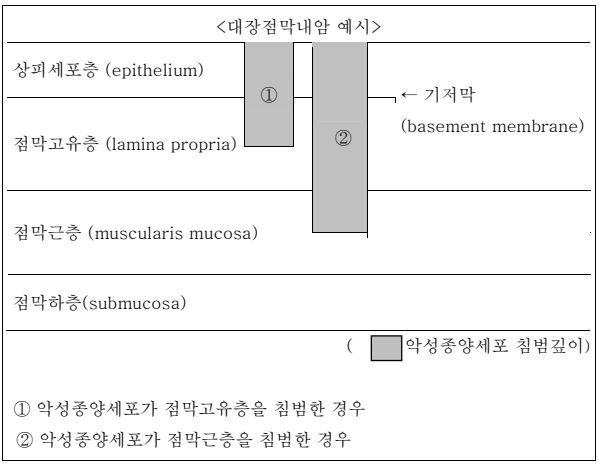
을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3항의규정에 따라 암 직접치료 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.
⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암 직접치료 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)
① 이 보장에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련4] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)

상 태 (암 으 로 변 하 기 이 전 상 태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.
② 이 보장에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 보장에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 보장에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium) 에 서 발 생 한 악 성 종 양 세 포 가 기 저 막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

<대장점막내암 예시>



⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」및「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」및「대장점막내암」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.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련5] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다.

② 이 보장에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」및「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조 직 (fixed tissue) 검 사, 미 세 바 늘 흡 인 검 사 (fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」및「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (입원의 정의와 장소)

① 이 보장에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 직접적인 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 보장에서「암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」으로 진단이 된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며,「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 치료

중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」으로 진단된 경우에는 이는 암의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조 (보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우

제7조 (보장의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외

합니다.

2-27. 상해 입원일당(1일이상) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 상해 입원일당(1일이상) 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 상해 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
② 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
③ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해 입원일당(1일이상)을 계속 보상합니다.
④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 보장에서「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)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-28. 상해 중환자실 입원일당(1일이상) 보장

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 상해 중환자실 입원일당(1일이상) 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 상해 중환자실 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 중환자실 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
④ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해 중환자실 입원일당(1일이상)을 계속 보상합니다.
⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 중환자실 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

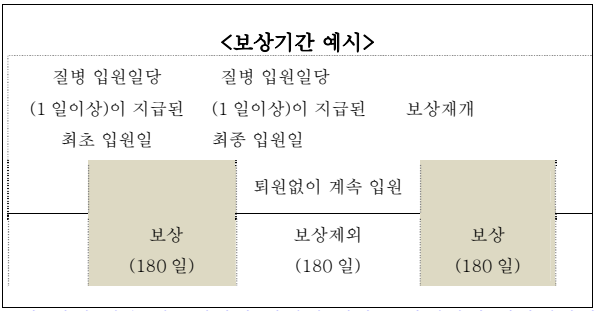
제3조(입원의 정의와 장소)
이 보장에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-29. 질병 입원일당(1일이상) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 질병 입원일당(1일이상) 보장(이하「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 질병 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 질병 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.
④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 질병 입원일당(1일이상)을 계속 보상합니다.
⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3

자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)
이 보장에서「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)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 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 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

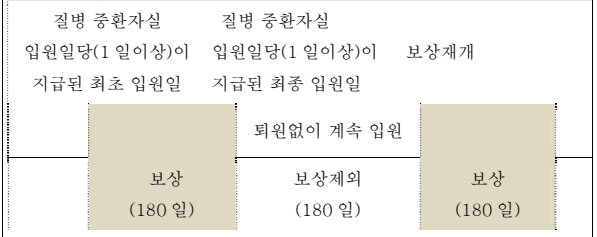
제6조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-30. 질병 중환자실 입원일당(1일이상) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 병원 또

는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 질병 중환자실 입원일당(1일이상) 보장(이하「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 질병 중환자실 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.
③ 제1항의 질병 중환자실 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
④ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.
⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3항의 규정에 따라 질병 중환자실 입원일당(1일이상)을 계속 보상합니다.
⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 중환자실 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해

당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 보장에서「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)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 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 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제6조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

무배당 삼성명품 건강보험
여성만족 W(1504)
생활지원 플랜 보통약관

제1장 공통사항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

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

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약관계 관련 용어

1. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
3. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
4. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
5. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

1. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
2. 장해: [별표2] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사

실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

1. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
2. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
3. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

④ 기간과 날짜 관련 용어

1. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
2. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

1. 보장보험료와 적립보험료를 합하여 보험료라 합니다.
2. 보장보험료: 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.
3. 적립보험료: 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제2장 개별보장의 (보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2장 개별보장의 (보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제2장 개별보장의 (보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 장애인등록증
3. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
5. 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에 한합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류 (단, 단체취급 특별약관을 부가하는 경우, 사망보험금을 지급 할 때 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경

우 법정상속인의 확인서 등)
② 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 제1항 제2호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.
④ 제1항 제5호의 장애등급결정서는 장애인복지법 시행규칙 제3조(장애인의 등록신청 및 장애진단), 제6조(장애등급 조정), 제7조(장애상태 확인)에 의한 장애등급 심사규정 제8조(심사결과 및 통지) 제2항에 의해 발급한 것으로 합니다.

제6조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제2장 각 개별보장의 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수

익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조(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 않습니다.
⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제7조(공시이율의 적용 및 공시)

① 이 보험의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 정해진 계약체결비용 및 계약관리비용을 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 보장성 공시이율Ⅲ(이하 「공시이율」이라 합니다)로 하며, 공시이율은 매월 1일부터 해당월 마지막 날까지 1개월간 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 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 회사의 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 산출된 공시기준이율의 80%~120% 범위내에서 정합니다.

③ 회사는 제1항 내지 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제8조(환급금의 중도인출)

① 계약자는 계약일부터 2년 이후에 계약이 유효한 경우 매보험년도마다 4회에 한하여 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계산된 인출시점의 적립부분 해지환급금(단, 기본계약 해지환급금이 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 기본계약 해지환급금을 한도로 하며, 이 약관에서 정한 보험계약대출이 있을 경우 그 원금과 이자합계액 및 이미 중도인출을 한 경우 그 금액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80%한도 내에서 인출할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 계약일부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료를 초과할 수 없습니다.

<보험년도>
당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지로 매1년 단위의 연도임. 예를 들어, 보험계약일이 2014년 8월 15일인 경우 보험년도는 8월 15일부터 2015년도 8월 14일까지 1년을 말함

제9조(만기환급금의 지급)

① 회사는 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료에 대하여 보험료납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 공시이율로 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 적립한 금액(제8조(환급금의 중도인출)에 따라 중도인출하는 경우에는 중도인출한 금액을 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제7조(공시이율의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%로 합니다.

② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

③ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의

기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에 따릅니다.
④ 제8조(환급금의 중도인출) 제1항에 따라 환급금을 중도인출한 경우에는 중도인출금 및 중도인출금에 부리되었을 이자만큼 만기환급금에서 차감하여 계산하므로 제1항에 정한 지급금이 감소합니다.
⑤ 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항 제5호에서 정한 적립보험료 등을 감액할 경우 제1항에 정한 만기환급금은 없거나 최초가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.

<최저보증이율>

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 1%인 경우(최저보증이율이 공시이율보다 큰 경우), 적립금은 공시이율(1%)이 아닌 최저보증이율로 부리됩니다.

제10조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제11조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제12조(보험수익자의 지정)
① 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제9조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 기타 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.
② 제1항에 따라 지정된 보험수익자가 보험기간 중에 사망한 때에는 계약자는 다시 보험수익자를 지정할 수 있으며, 이 경우에 계약자가 보험수익자를 지정하지 않고 사망한 때에는 보험수익자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제13조(대표자의 지정)
① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조(계약 전 알릴 의무)
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제15조(상해보험계약 후 알릴 의무)
① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차

또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.
② 제1항의 통지에 따라 위험이 증가 또는 감소하는 경우 보험료가 변경될 수 있으며, 잔여기간 보장을 위한 재원인 해지환급금의 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 돌려받을 금액이 발생할 수 있습니다.
③ 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
④ 제2항의 보험료 변경으로 인해 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하「변경전 요율」이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제16조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 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 서면 등으로 알려 드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑧ 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제17조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(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.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 표준이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제19조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인

계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

<전문보험계약자>
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자, 모집종사자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제20조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관

의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

< 통신판매계약 >

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

< 자필서명 >

날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

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

제21조(계약의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우 계약이 유효합니다.

> **< 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.

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

제22조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목

2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 적립보험료 등 기타 계약의 내용

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

<유의사항>

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

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

⑥ 계약자가 보험수익자를 변경하지 않고 사망한 때에는 계약자 사망시점에 지정되어 있는 보험수익자의 권리가 확정됩니다. 그러나 계약자가 사망한 이후 그 승계인이 보험수익자를 변경할 수 있다는 별도의 약정이 있는 경우에는 승계받은 계약자가 보험수익자를 변경할 수 있습니다.

⑦ 회사는 제1항 제4호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제23조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제21조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

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

< 보험나이 계산 예시 >

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

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

제24조(계약의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 제2장 각 개별보장의 책임준비금(다만, 제2장 각 개별보장의 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유로 보험금을 지급하고 개별보장이 소멸된 경우는 제외합니다)과 적립부분 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

<책임준비금>

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제32조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5관 보험료의 납입

제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청

약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

< 보장개시일 >

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

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

1. 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제26조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

< 납입기일 >

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제27조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이

지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

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 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 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 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

<보험계약대출이율>

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

제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에

대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 표준이율+1% 범위내에서 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 제14조(계약 전 알릴 의무), 제16조(알릴 의무 위반의 효과), 제

17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립) 및 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제30조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))
① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)
① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제21조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여

야 할 해지환급금이 있을 때에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(중대사유로 인한 해지)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

< 이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급 >

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(회사의 파산선고와 해지)

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

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제34조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(해지환급금)

① 이 약관에 따른 해지환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다. 이 때 적립부분 순보험료에 대하여는 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 공시이율을 적용하고, 제8조(환급금의 중도인출)에 따라 중도인출한 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 적립부분 책임준비금에서 중도인출한 금액을 차감하여 계산합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제7조(공시이율의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용합니다. 단, 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%로 합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에 따릅니다.

③ 제8조(환급금의 중도인출) 제1항에 따라 환급금을 중도인출한 경우에는 중도인출금 및 중도인출금에 부리되었을 이자만큼 해지환급금에서 차감하여 계산하므로 제1항에 정한 지급금이 감소합니다.

④ 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항 제5호에서 정한 적립보험료 등을 감액할 경우 제1항에 정한 해지환급금은 없거나 최초가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

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 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이

해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.
④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제36조(배당금의 지급)
회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

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

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

제39조(소멸시효)
보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권, 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

<소멸시효>
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2015년 4월 1일에 발생하였음에도 2018년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제40조(약관의 해석)
① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자

에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

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

<보험안내자료>
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다

제42조(회사의 손해배상책임)
① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제43조(개인정보보호)
① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제44조(준거법)
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 이 약관에서

정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제45조(예금보험에 의한 지급보장)

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

제2장 개별보장

2-1. 상해 사망 보장

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권에 기재된 상해 사망 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

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

제3조(보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-2. 상해 후유장해 보장

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 장해분류표([별표2] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해 보험금	80%이상	보험증권에 기재된 상해 후유장해 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액(이하「후유장해보험 가입금액」이라 합니다)
일반후유장해 보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 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 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 후유장해보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 보장은 소멸되지 않습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-3. 상해 고도장해(80%이상) 생활자금 (5년월지급형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 장해분류표([별표2] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 상해 고도장해(80%이상) 생활자금(5년월지급형) 보장 (이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 상해 고도장해(80%이상) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

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

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장

해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 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 이 보장에서 상해 고도장해(80%이상) 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 상해 고도장해(80%이상) 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 상해 고도장해(80%이상) 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는상해 고도장해(80%이상) 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.
⑧ 보험수익자가 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-4. 상해 중증장해(50%이상) 생활자금 (5년월지급형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 장해분류표([별표2] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 상해 중증장해(50%이상) 생활자금(5년월지급형) 보장 (이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생 해당일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 상해 중증장해(50%이상) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

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

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 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 상해중증장해(50%이상) 생활자금 생활자금에서 이미 지급받은 상해중증장해(50%이상) 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 이미 이 보장에서 상해 중증장해(50%이상) 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 상해 중증장해(50%이상) 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 상해 중증장해(50%이상) 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 상해 중증장해(50%이상) 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.
⑧ 보험수익자가 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-5. 질병 고도장애(1,2급) 생활자금 (5년월지급형) 보장

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조([별표-질병관련1] 참조)의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애,

언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간 장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기 장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐장애, 정신장애, 간질장애 제외)가 발생하고, 1급 또는 2급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간 장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인)이 되었을때 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 질병 고도장애(1,2급) 생활자금(5년월지급형) 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생 해당일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 질병 고도장애(1,2급) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 끝난 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기 ([별표-질병관련2] 참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급 ([별표-질병관련3] 참조)에 해당되는 보험금을 지급합니다.

③ 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공

통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑥ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑦ 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 「장애등급 판정기준」이 「장애인복지법」및「장애인복지법 시행규칙」(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.
⑧ 제7항에도 불구하고 '법령'의 개정으로 「장애등급 판정기준」이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애등급판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「장애등급 판정기준」에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.
⑨ 보험수익자가 질병 고도장애(1,2급) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제4조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병 고도장애(1,2급) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-6. 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금 (5년월지급형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조([별표-질병관련1] 참조)의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간 장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기 장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐장애, 정신장애, 간질장애 제외)가 발생하고, 1급, 2급 또는 3급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간 장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인)이 되었을 때 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금(5년월지급형) 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생 해당일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 질병중증장애(1,2,3급) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 끝난 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기 ([별표-질병관련2] 참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급 ([별표-질병관련3] 참조)에 해당되는 보험금을 지급합니다.

③ 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급

사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
⑤ 제4항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑥ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑦ 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 「장애등급 판정기준」이 「장애인복지법」 및 「장애인복지법 시행규칙」(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.
⑧ 제7항에도 불구하고 '법령'의 개정으로 「장애등급 판정기준」이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애등급판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「장애등급 판정기준」에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.
⑨ 보험수익자가 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제4조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴

때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

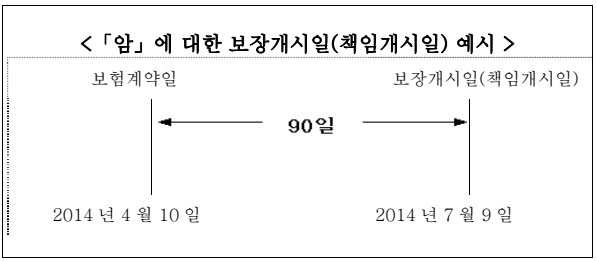
제5조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-7. 암 진단 가사지원금(유사암 제외, 3년월지급형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 3년간 매월 아래에 정한 금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 암 진단 가사지원금(유사암 제외)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
암 진단시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 보장의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 보장의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

⑥ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

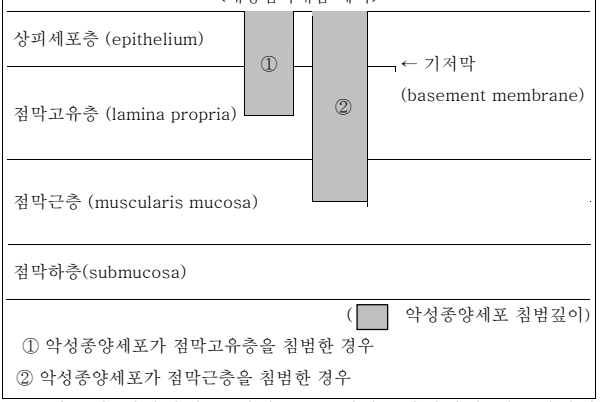
⑦ 보험수익자가 암 진단 가사지원금(유사암 제외)을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련4] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,

「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로변하기이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.
② 이 보장에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 보장에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 보장에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

<대장점막내암 예시>



⑤ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」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.

제4조 (보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우

제5조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 진단 가사지원금(유사암 제외)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제6조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외

합니다.

2-8. 암 진단 가사지원금 (유사암 및 부분 특정소액암 제외, 3년월지급형) 보장

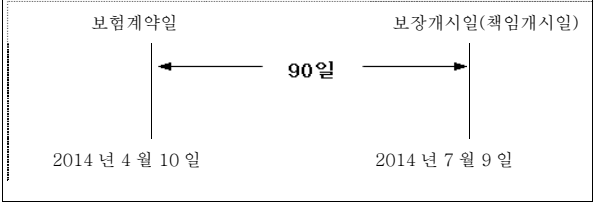
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 3년간 매월 아래에 정한 금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 암 진단 가사지원금(유사암 및 부분 특정소액암 제외)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
암 진단시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 보장의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 보장의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니

다.
② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
⑦ 보험수익자가 암 진단 가사지원금(유사암 및 부분 특정소액암 제외)을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련4] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「부분 특정소액암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌) 상 태 (암 으 로 변 하 기 이 전 상 태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.
② 이 보장에서 「부분 특정소액암」이라 함은 한국표준질병·사

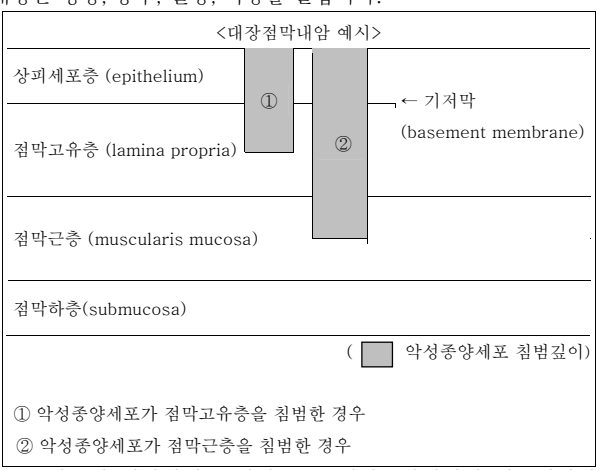
인분류 중 아래에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
(1) 전립선의 악성신생물	C61
(2) 방광의 악성신생물	C67

③ 이 보장에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 보장에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 보장에서 「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium) 에 서 발 생 한 악 성 종 양 세 포 가 기 저 막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑥ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」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.

제4조 (보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우

제5조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 진단 가사지원금(유사암 및 부분 특정소액암 제외)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제6조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다

만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-9. 유사암 진단비 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는 「경계성종양」으로 진단확정되었을 때에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 유사암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
기타피부암 진단시 갑상선암 진단시 대장점막내암 진단시 제자리암 진단시 경계성종양 진단시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

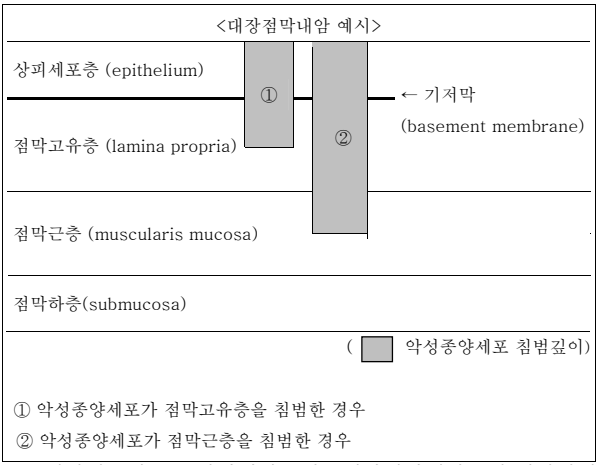
③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합

니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「기타피부암」이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
② 이 보장에서「갑상선암」이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 보장에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



④ 「기타피부암」,「갑상선암」및「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」및「대장점막내암」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.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련5] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다.

② 이 보장에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」및「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단

검사의학의 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 피보험자가 「제자리암」 및 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 유사암 진단비를 세부보장별로 각각 1회씩 총 5회 지급한 때에는 최종 진단비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제6조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-10. 급성심근경색증 진단 가사지원금(3년월지급형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 3년간 매월 아래에 정한 금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 급성심근경색증 진단 가사지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
급성심근경색증 진단시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

⑥ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「급성심근경색증」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

⑦ 보험수익자가 급성심근경색증 진단 가사지원금을 일시에 지급

받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련8] 급성심근경색증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증 진단 가사지원금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-11. 뇌출혈 진단 가사지원금(3년월지급형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 「뇌출혈」로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 3년간 매월 아래에 정한 금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 뇌출혈 진단 가사지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
뇌출혈 진단시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

⑥ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「뇌출혈」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

⑦ 진단서 상의 분류번호는「한국표준질병·사인분류 질병코딩지

침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.
⑧ 보험수익자가 뇌출혈 진단 가사지원금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (뇌출혈의 정의 및 진단확정)
① 이 보장에서「뇌출혈」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련7] 뇌출혈 분류표에서 정한 질병을 말합니다.
② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈 진단 가사지원금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-12. 암 최초수술비(유사암 제외) 보장

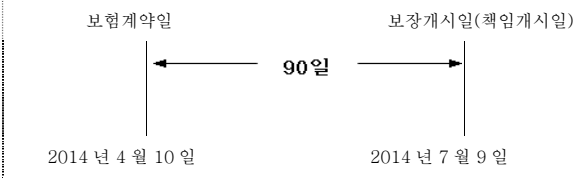
제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일

(책임개시일) 이후에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되고 그 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 최초수술비(유사암 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
암으로 최초수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

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

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



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

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

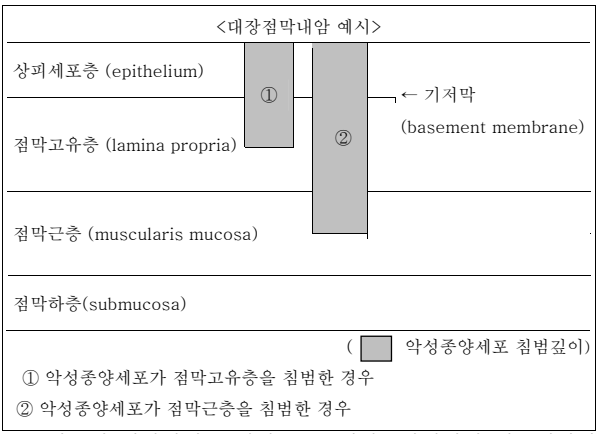
① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 제1항 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련4] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로변하기이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.
② 이 보장에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 보장에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 보장에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」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.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 보장에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 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 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로

부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료.
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 암 최초수술비(유사암 제외) 지급사유에 해당되면 암 최초수술비(유사암 제외)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제3항 제7호의 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선 (ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 제3항 제7호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조 (보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호

2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우

제6조 (보장의 소멸)

① 회사가 제3조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한「암」으로 진단확정되어 암 최초수술비 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제7조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-13. 암(유사암 제외) 수술비(3회한) 보장

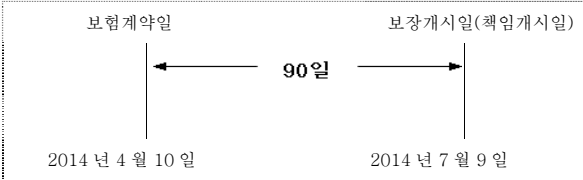
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되고 그 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 때에는 최초 3회에 한하여 아래에 정한 금액을 암(유사암제외) 수술비(3회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
암으로 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

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

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



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

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

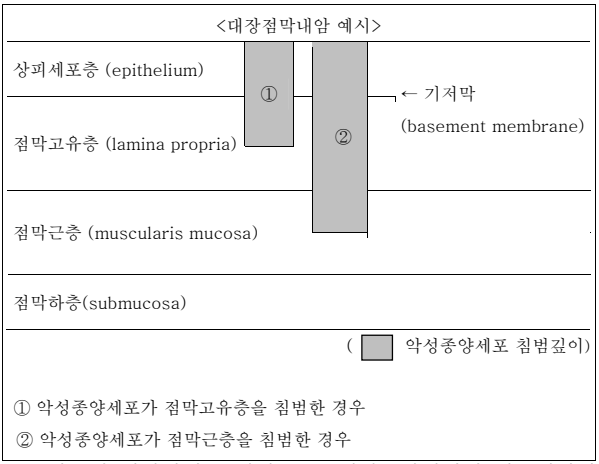
② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1항 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련4] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로변하기이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.
② 이 보장에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 보장에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 보장에서 「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」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.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 보장에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 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 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향

후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료.
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 암(유사암 제외) 수술비(3회한) 지급사유에 해당되면 암(유사암 제외) 수술비(3회한)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제3항 제7호의 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선 (ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 제3항 제7호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사자격을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조 (보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우

제6조 (보장의 소멸)

① 회사가 제3조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한「암」으로 진단확정되어 암 수술비 보험금을 3회 모두 지급한 때에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제7조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-14. 유사암 수술비(3회한) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」(이하「유사암」이라 합니다) 으로 진단 확정되고 그 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 때에는 최초 3회에 한하여 아래에 정한 금액을 유사암 수술비(3회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
기타피부암 수술시 갑상선암 수술시 대장점막내암 수술시 제자리암 수술시 경계성종양 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1항 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

⑥ 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

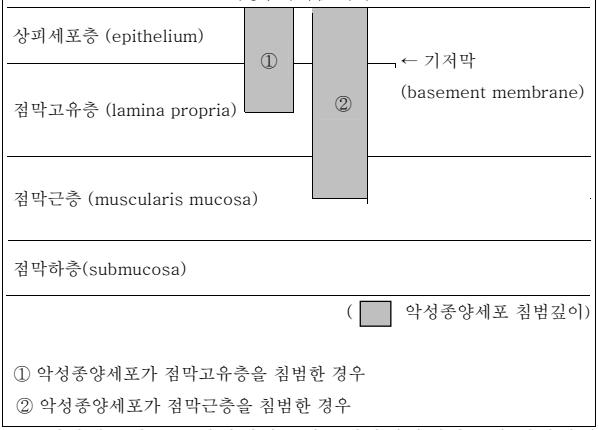
제3조 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「기타피부암」이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 보장에서「갑상선암」이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 보장에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium) 에 서 발 생 한 악 성 종 양 세 포 가 기 저 막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

<대장점막내암 예시>



④ 「기타피부암」,「갑상선암」및「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「기타피부암」,「갑상선암」및「대장점막내암」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.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)
① 이 보장에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련5] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다.
② 이 보장에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.
③ 「제자리암」및「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조 직 (fixed tissue) 검 사, 미 세 바 늘 흡 인 검 사 (fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」및「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)
① 이 보장에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「유사암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 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 말합니다.
② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료.
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 유사암 수술비(3회한) 지급사유에 해당되면 유사암 수술비(3회한)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제3항 제7호의「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 제3항 제7호의「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사자격을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조 (보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 유사암 수술비 보험금을 3회 모두 지급한 때에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제7조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

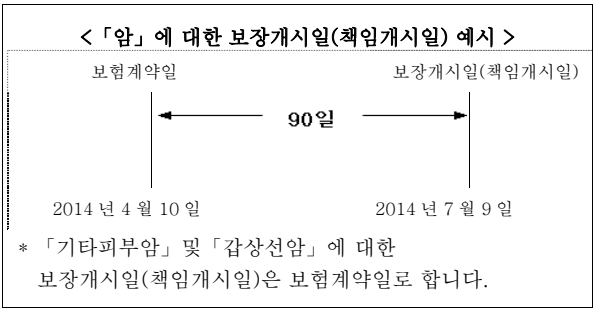
2-15. 항암방사선·약물 치료비 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 방사선·약물치료를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암방사선·약물 치료비로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 피보험자가 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 항암방사선·약물 치료비를 지급받은 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 방사선·약물치료를 받은 경우에는 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 방사선·약물 치료비는 지급하지 않습니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
· 암으로 방사선·약물치료시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
· 기타피부암으로 방사선·약물치료시 · 갑상선암으로 방사선·약물치료시	이 보장 보험가입금액의 10%	이 보장 보험가입금액의 20%

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



③ 「방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

④ 「약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1항 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련4] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌) 상 태 (암 으 로 변 하 기 이 전 상 태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 보장에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 보장에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」 및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」및「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.

제4조 (보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우

제5조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선·약물치료비 중 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 항암방사선·약물 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제6조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-16. 유방관련 특정질환 수술비 보장

제1조 (보장의 범위)

이 보장은「여성 특정유방질환 수술비」,「여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암)」및「여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)」의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「여성 특정유방질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「수술」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 여성 특정유방질환 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장금액
여성 특정유방질환 수술비	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 100%

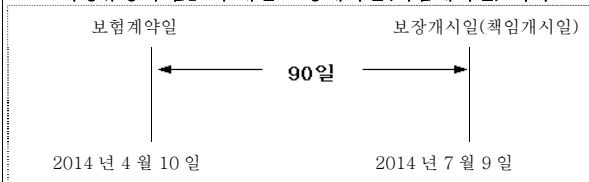
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「여성유방의 암」 또는 「여성유방의 제자리암」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방완전절제수술 또는 유방부분절제수술을 받은 때에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가 「여성유방의 암 및 여성유방의 제자리암」 이외의 원인으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방완전절제수술 또는 유방부분절제수술을 받은 때에는 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)를 지급하지 않습니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
여성 유방 완전절제 수술비 (유방의 암·제자리암)	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 50%	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 100%
여성 유방 부분절제 수술비 (유방의 암·제자리암)	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 50%	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 100%

② 제2항의 경우 「여성유방의 암」에 대한 보장개시일(책임개시

일)은 이 보장의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「여성유방의 제자리암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 보장의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「여성유방의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



* 단,「여성유방의 제자리암」에 대한
보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1항 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니

다.
⑥ 항암방사선 및 항암약물치료는 대해서는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)가 지급되지 않습니다.

제4조 (여성 특정유방질환의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「여성 특정유방질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 여성 특정유방질환으로 분류되는 질병([별표-질병관련16] 여성 특정유방질환 분류표 참조)을 말합니다. 다만, [별표-질병관련15] 여성 특정유방질환 분류표에서 정한 바에 따라 아래에 정한 질병은 제외합니다.

1. 유방의 비대(N62)

② 「여성 특정유방질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조 (여성유방의 암 및 여성유방의 제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「여성유방의 암」이라 함은 제 6 차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만,「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 보장에서「여성유방의 제자리암」이라 함은 제 6 차 개정 한국표준질병 ·사인분류 중 분류번호 D05(유방의 제자리암종)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 「여성유방의 암」및「여성유방의 제자리암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 피보험자가「여성유방의 암」및「여성유방의 제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 (유방완전절제수술 및 유방부분절제수술의 정의)

① 이 보장에서「유방완전절제수술」이라 함은 [별표-질병관련 10] 유방완전절제수술 분류표에서 정한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다.

② 이 보장에서「유방부분절제수술」이라 함은 [별표-질병관련 11] 유방부분절제수술 분류표에서 정한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다.

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 보장에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「여성 특정유방질환」의 치료,「유방완전절제수술」또는 「유방부분절제수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「여성 특정유방질환」의 치료,「유방완전절제수술」또는 「유방부분절제수술」의 직접적인 치료를 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 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료.
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제2조(보험금의

지급사유) 제2항의 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암) 지급사유에 해당되면 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)를 지급합니다.

8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제3항 제7호의 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지전리방사선 (ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 제3항 제7호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사자격을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제10조(보장의 소멸) 제1항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.

② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제9조 (보장의 무효)

① 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「여성유방의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제5조(여성유방의 암 및 여성유방의 제자리암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「여성유방의 암」으로 진단확정 되는 경우 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 및 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)의 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (보장의 소멸)
① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성 특정유방질환 수술비, 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 세부보장별로 해지환급금을 지급하지 않습니다.
② 회사가 제1항에 따라 여성 특정유방질환 수술비, 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 및 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)를 각 1회씩 총 3회 지급한 때에는 최종 수술비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제11조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제12조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-17. 부인과관련 특정질환 수술비 보장

제1조 (보장의 범위)
이 보장은「여성 특정부인과질환 수술비」및「여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에「여성 특정 부인과질환」으

로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「수술」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 여성 특정 부인과 질환 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.7

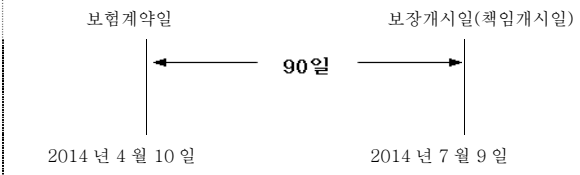
구 분	보장금액
여성 특정 부인과질환 수술비	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「여성생식기의 암」 또는 「여성생식기의 제자리암」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「자궁적출수술」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가 「여성생식기의 암 및 여성생식기의 제자리암」 이외의 원인으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「자궁적출수술」을 받은 때에는 여성 자궁적출 수술비(생식기의암·제자리암)를 지급하지 않습니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
여성 자궁적출 수술비 (생식기의 암·제자리암)	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 50%	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 100%

③ 제2항의 경우 「여성생식기의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 보장의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「여성생식기의 제자리암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 보장의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「여성생식기의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



* 단,「여성생식기의의 제자리암」에 대한
보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1항 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 항암방사선 및 항암약물치료에 대해서는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)가 지급되지 않습니다.

제4조 (여성 특정부인과질환의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「여성 특정부인과질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 여성 특정부인과질환으로 분류되는 질병([별표-질병관련16] 여성 특정부인과질환 분류표 참조)을 말합니다. 다만, [별표-질병관련16] 여성 특정부인과질환 분류표에서 정한 바에 따라 아래에 정한 질병은 제외합니다.

1. 여성 매독성 골반염증성 질환(N74.2)
2. 여성 임균성 골반염증성 질환(N74.3)
3. 여성 클라미디아 골반염증성 질환(N74.4)
4. 자궁경부의 무력증(N88.3)
5. 습관유산자(N96)
6. 여성 불임(N97)
7. 인공수정과 관련된 합병증(N98)
8. 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후장애(N99)

② 「여성 특정부인과질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조 (여성생식기의 암 및 여성생식기의 제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「여성생식기의 암」이라 함은 한국표준질병•사인분류 중 여성생식기의 암으로 분류되는 질병([별표-질병관련12]여성생식기의 암 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 보장에서 「여성생식기의 제자리암」이라 함은 한국표준질병•사인분류 중 여성생식기의 제자리암으로 분류되는 질병([별표-질병관련13] 여성생식기의 제자리암 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「여성생식기의 암」 및 「여성생식기의 제자리암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 피보험자가 「여성생식기의 암」 및 「여성생식기의 제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 (자궁적출수술의 정의)

① 이 보장에서「자궁적출수술」이라 함은 자궁을 적출(외과적으로 제거함)하는 수술로써 [별표-질병관련14] 자궁적출수술 분류표에서 정한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다.

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 보장에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「여성 특정부인과질환」의 치료 또는「자궁적출수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「여성 특정부인과질환」의 치료 또는「자궁적출수술」의 직접적인 치료를 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 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료.
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암) 지급사유에 해당되면 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)를 지급합니다.

8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
④ 제3항 제7호의「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직 접 적 인 치 료 를 목 적 으 로 고 에 너 지 전 리 방 사 선 (ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.
⑤ 제3항 제7호의「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사자격을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조 (보험금 지급 후 보험료 납입)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제10조(보장의 소멸) 제1항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.
② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제9조 (보장의 무효)
① 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
② 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「여성생식기의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제5조(여성생식기의 암 및 여성생식기의 제자리암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「여성생식기의 암」으로 진단확정 되는 경우 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)의 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (보장의 소멸)
① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성 특정부인과 질환 수술비 또는 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 세

부보장별로 해지환급금을 지급하지 않습니다.
② 회사가 제1항에 따라 여성 특정부인과질환 수술비, 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)를 각 1회씩 총 2회 지급한 때에는 최종 수술비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그때부터 효력이 없습니다.
③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제11조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제12조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-18. 암 직접치료 입원일당(1일이상) 보장

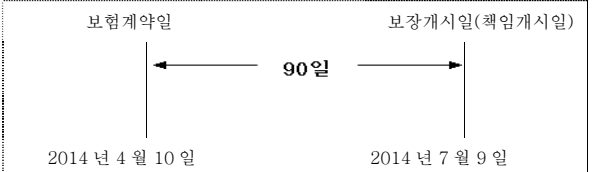
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는 「경계성종양」으로 진단이 확정되고 그 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다)하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 암 직접치료 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	암 직접치료 입원일당(1 일이상)
암으로 입원시	이 보장 보험가입금액의 100%
기타피부암으로 입원시 갑상선암으로 입원시 대장점막내암으로 입원시 제자리암으로 입원시 경계성종양으로 입원시	1 일당 이 보장 보험가입금액의 20%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 보장의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 보장의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



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

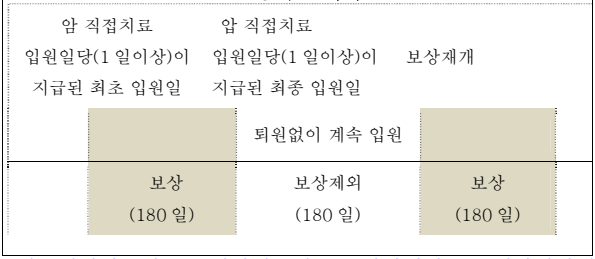
③ 암 직접치료 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원을 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제3항의 규정을 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및 「경계성종양」에 대한 입원이라도 암 직접치료 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 암 직접치료 입원일당(1일이상)이 지

급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암 직접치료 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



⑥ 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 보장의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3항의규정에 따라 암 직접치료 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암 직접치료 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

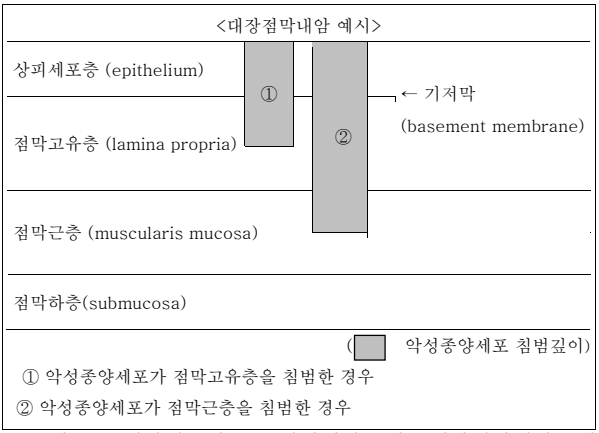
③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의

부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련4] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.
② 이 보장에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 보장에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 보장에서 「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」및「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」및「대장점막내암」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.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련5] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다.

② 이 보장에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」및「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단

검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조 직 (fixed tissue) 검 사, 미 세 바 늘 흡 인 검 사 (fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」및「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (입원의 정의와 장소)

① 이 보장에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 직접적인 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 보장에서「암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」으로 진단이 된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며,「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」으로 진단된 경우에는 이는 암의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조 (보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경

우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우

제7조 (보장의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-19. 상해 입원일당(1일이상) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 상해 입원일당(1일이상) 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 상해 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
② 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
③ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원

하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해 입원일당(1일이상)을 계속 보상합니다.
④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)
이 보장에서「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)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-20. 상해 중환자실 입원일당(1일이상) 보장

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 상해 중환자실 입원일당(1일이상) 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 상해 중환자실 입원일당(1일이상)으로 보험수익자

에게 지급합니다. 다만, 상해 중환자실 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
④ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해중환자실 입원일당(1일이상)을 계속 보상합니다.
⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 중환자실 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)
이 보장에서「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)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-21. 질병 입원일당(1일이상) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

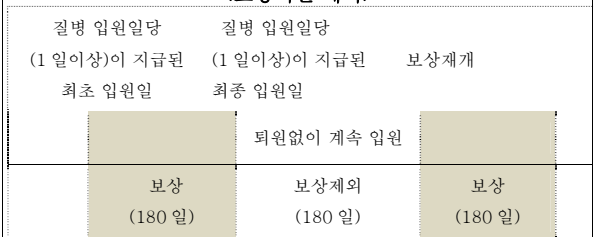
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 질병 입원일당(1일이상) 보장(이하「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 질병 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 질병 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 질병 입원일당(1일이상)을 계속 보상합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

이 보장에서「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)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

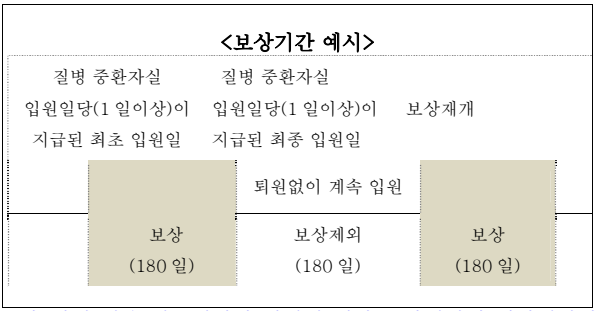
② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제6조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-22. 질병 중환자실 입원일당(1일이상) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 질병 중환자실 입원일당(1일이상) 보장(이하「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 질병 중환자실 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.
③ 제1항의 질병 중환자실 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
④ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.
⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3항의 규정에 따라 질병 중환자실 입원일당(1일이상)을 계속 보상합니다.
⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 중환자실 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3

자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 보장에서「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)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 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 보상하지 않습니다.

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

제5조(보장의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

무배당 삼성명품 건강보험
여성만족 W(1504)
수술보장 플랜 보통약관

제1장 공통사항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

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

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약관계 관련 용어

1. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
3. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
4. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
5. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

1. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
2. 장해: [별표2] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사

실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

1. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
2. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
3. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

④ 기간과 날짜 관련 용어

1. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
2. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

1. 보장보험료와 적립보험료를 합하여 보험료라 합니다.
2. 보장보험료: 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.
3. 적립보험료: 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제2장 개별보장의 (보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2장 개별보장의 (보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제2장 개별보장의 (보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 장애인등록증
3. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
5. 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에 한합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류 (단, 단체취급 특별약관을 부가하는 경우, 사망보험금을 지급 할 때 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경

우 법정상속인의 확인서 등)
② 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 제1항 제2호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.
④ 제1항 제5호의 장애등급결정서는 장애인복지법 시행규칙 제3조(장애인의 등록신청 및 장애진단), 제6조(장애등급 조정), 제7조(장애상태 확인)에 의한 장애등급 심사규정 제8조(심사결과 및 통지) 제2항에 의해 발급한 것으로 합니다.

제6조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제2장 각 개별보장의 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수

익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조(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 않습니다.
⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제7조(공시이율의 적용 및 공시)

① 이 보험의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 정해진 계약체결비용 및 계약관리비용을 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 보장성 공시이율Ⅲ(이하 「공시이율」이라 합니다)로 하며, 공시이율은 매월 1일부터 해당월 마지막 날까지 1개월간 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 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 회사의 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 산출된 공시기준이율의 80%~120% 범위내에서 정합니다.

③ 회사는 제1항 내지 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제8조(환급금의 중도인출)

① 계약자는 계약일부터 2년 이후에 계약이 유효한 경우 매보험년도마다 4회에 한하여 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계산된 인출시점의 적립부분 해지환급금(단, 기본계약 해지환급금이 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 기본계약 해지환급금을 한도로 하며, 이 약관에서 정한 보험계약대출이 있을 경우 그 원금과 이자합계액 및 이미 중도인출을 한 경우 그 금액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80%한도 내에서 인출할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 계약일부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료를 초과할 수 없습니다.

<보험년도>
당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지로 매1년 단위의 연도임. 예를 들어, 보험계약일이 2014년 8월 15일인 경우 보험년도는 8월 15일부터 2015년도 8월 14일까지 1년을 말함

제9조(만기환급금의 지급)

① 회사는 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료에 대하여 보험료납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 공시이율로 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 적립한 금액(제8조(환급금의 중도인출)에 따라 중도인출하는 경우에는 중도인출한 금액을 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제7조(공시이율의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%로 합니다.

② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

③ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의

기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에 따릅니다.
④ 제8조(환급금의 중도인출) 제1항에 따라 환급금을 중도인출한 경우에는 중도인출금 및 중도인출금에 부리되었을 이자만큼 만기환급금에서 차감하여 계산하므로 제1항에 정한 지급금이 감소합니다.
⑤ 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항 제5호에서 정한 적립보험료 등을 감액할 경우 제1항에 정한 만기환급금은 없거나 최초가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.

<최저보증이율>

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 1%인 경우(최저보증이율이 공시이율보다 큰 경우), 적립금은 공시이율(1%)이 아닌 최저보증이율로 부리됩니다.

제10조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제11조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제12조(보험수익자의 지정)
① 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제9조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 기타 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.
② 제1항에 따라 지정된 보험수익자가 보험기간 중에 사망한 때에는 계약자는 다시 보험수익자를 지정할 수 있으며, 이 경우에 계약자가 보험수익자를 지정하지 않고 사망한 때에는 보험수익자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제13조(대표자의 지정)
① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조(계약 전 알릴 의무)
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하「계약 전 알릴의무」라 하며, 상법상「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제15조(상해보험계약 후 알릴 의무)
① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차

또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.
② 제1항의 통지에 따라 위험이 증가 또는 감소하는 경우 보험료가 변경될 수 있으며, 잔여기간 보장을 위한 재원인 해지환급금의 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 돌려받을 금액이 발생할 수 있습니다.
③ 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
④ 제2항의 보험료 변경으로 인해 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하「변경전 요율」이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제16조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 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 서면 등으로 알려 드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑧ 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제17조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(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.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 표준이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제19조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인

계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

<전문보험계약자>

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자, 모집종사자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제20조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관

의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

< 통신판매계약 >

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

< 자필서명 >

날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

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

제21조(계약의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우 계약이 유효합니다.

> **< 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.

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

제22조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목

2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 적립보험료 등 기타 계약의 내용

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

<유의사항>

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

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

⑥ 계약자가 보험수익자를 변경하지 않고 사망한 때에는 계약자 사망시점에 지정되어 있는 보험수익자의 권리가 확정됩니다. 그러나 계약자가 사망한 이후 그 승계인이 보험수익자를 변경할 수 있다는 별도의 약정이 있는 경우에는 승계받은 계약자가 보험수익자를 변경할 수 있습니다.

⑦ 회사는 제1항 제4호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제23조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제21조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

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

< 보험나이 계산 예시 >

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

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

제24조(계약의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 제2장 각 개별보장의 책임준비금(다만, 제2장 각 개별보장의 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유로 보험금을 지급하고 개별보장이 소멸된 경우는 제외합니다)과 적립부분 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

<책임준비금>

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제32조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5관 보험료의 납입

제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청

약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

< 보장개시일 >

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

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

1. 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제26조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

< 납입기일 >

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제27조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이

지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

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 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 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 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

<보험계약대출이율>

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

제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에

대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 표준이율+1% 범위내에서 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 제14조(계약 전 알릴 의무), 제16조(알릴 의무 위반의 효과), 제

17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립) 및 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제30조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))
① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)
① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제21조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여

야 할 해지환급금이 있을 때에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(중대사유로 인한 해지)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

< 이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급 >

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(회사의 파산선고와 해지)

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

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제34조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(해지환급금)

① 이 약관에 따른 해지환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다. 이 때 적립부분 순보험료에 대하여는 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 공시이율을 적용하고, 제8조(환급금의 중도인출)에 따라 중도인출한 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 적립부분 책임준비금에서 중도인출한 금액을 차감하여 계산합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제7조(공시이율의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용합니다. 단, 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%로 합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에 따릅니다.

③ 제8조(환급금의 중도인출) 제1항에 따라 환급금을 중도인출한 경우에는 중도인출금 및 중도인출금에 부리되었을 이자만큼 해지환급금에서 차감하여 계산하므로 제1항에 정한 지급금이 감소합니다.

④ 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항 제5호에서 정한 적립보험료 등을 감액할 경우 제1항에 정한 해지환급금은 없거나 최초가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

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 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이

해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.
④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제36조(배당금의 지급)
회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

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

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

제39조(소멸시효)
보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권, 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

<소멸시효>
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2015년 4월 1일에 발생하였음에도 2018년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제40조(약관의 해석)
① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자

에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

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

<보험안내자료>
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다

제42조(회사의 손해배상책임)
① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제43조(개인정보보호)
① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제44조(준거법)
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 이 약관에서

정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제45조(예금보험에 의한 지급보장)

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

제2장 개별보장

2-1. 상해 사망 보장

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권에 기재된 상해 사망 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

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

제3조(보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-2. 상해 후유장해 보장

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 장해분류표([별표2] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해 보험금	80%이상	보험증권에 기재된 상해 후유장해 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액(이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해 보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 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 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 후유장해보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 보장은 소멸되지 않습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-3. 상해 고도장해(80%이상) 생활자금 (5년월지급형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 장해분류표([별표2] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 상해 고도장해(80%이상) 생활자금(5년월지급형) 보장 (이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 상해 고도장해(80%이상) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

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

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장

해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 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 이 보장에서 상해 고도장해(80%이상) 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 상해 고도장해(80%이상) 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 상해 고도장해(80%이상) 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는상해 고도장해(80%이상) 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.
⑧ 보험수익자가 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-4. 상해 중증장해(50%이상) 생활자금 (5년월지급형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 장해분류표([별표2] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 상해 중증장해(50%이상) 생활자금(5년월지급형) 보장 (이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생 해당일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 상해 중증장해(50%이상) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

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

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 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 상해중증장해(50%이상) 생활자금 생활자금에서 이미 지급받은 상해중증장해(50%이상) 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 이미 이 보장에서 상해 중증장해(50%이상) 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 상해 중증장해(50%이상) 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 상해 중증장해(50%이상) 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 상해 중증장해(50%이상) 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.
⑧ 보험수익자가 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-5. 질병 고도장애(1,2급) 생활자금 (5년월지급형) 보장

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조([별표-질병관련1] 참조)의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애,

언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간 장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기 장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐장애, 정신장애, 간질장애 제외)가 발생하고, 1급 또는 2급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간 장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인)이 되었을때 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 질병 고도장애(1,2급) 생활자금(5년월지급형) 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생 해당일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 질병 고도장애(1,2급) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 끝난 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기 ([별표-질병관련2] 참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급 ([별표-질병관련3] 참조)에 해당되는 보험금을 지급합니다.

③ 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공

통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑥ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑦ 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 「장애등급 판정기준」이 「장애인복지법」및「장애인복지법 시행규칙」(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.
⑧ 제7항에도 불구하고 '법령'의 개정으로 「장애등급 판정기준」이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애등급판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「장애등급 판정기준」에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.
⑨ 보험수익자가 질병 고도장애(1,2급) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제4조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병 고도장애(1,2급) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-6. 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금 (5년월지급형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조([별표-질병관련1] 참조)의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간 장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기 장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐장애, 정신장애, 간질장애 제외)가 발생하고, 1급, 2급 또는 3급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간 장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인)이 되었을 때 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금(5년월지급형) 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생 해당일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 질병중증장애(1,2,3급) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 끝난 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기 ([별표-질병관련2] 참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급 ([별표-질병관련3] 참조)에 해당되는 보험금을 지급합니다.

③ 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급

사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
⑤ 제4항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑥ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑦ 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 「장애등급 판정기준」이 「장애인복지법」 및 「장애인복지법 시행규칙」(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.
⑧ 제7항에도 불구하고 '법령'의 개정으로 「장애등급 판정기준」이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애등급판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「장애등급 판정기준」에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.
⑨ 보험수익자가 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제4조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴

때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

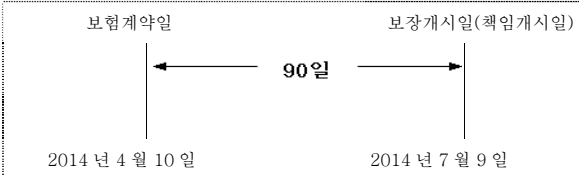
2-7. 암 최초수술비(유사암 제외) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되고 그 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 최초수술비(유사암 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
암으로 최초수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

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

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



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

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1항 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

⑥ 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

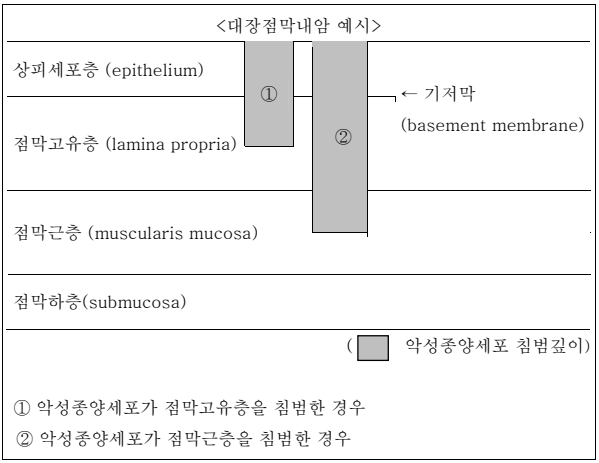
① 이 보장에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련4] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로변하기이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 보장에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 보장에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중

분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 보장에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」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.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 보장에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격

을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 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 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

< 신의료기술평가위원회 >

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료.
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 암 최초수술비(유사암 제외) 지급사유에 해당되면 암 최초수술비(유사암 제외)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제3항 제7호의「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 제3항 제7호의「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조 (보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우

제6조 (보장의 소멸)

① 회사가 제3조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한「암」으로 진단확정되어 암 최초수술비 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제7조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-8. 암(유사암 제외) 수술비(3회한) 보장

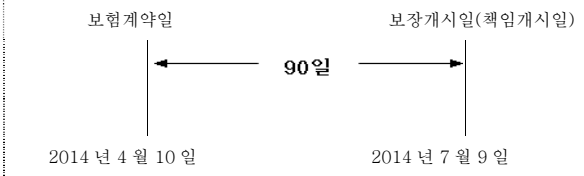
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되고 그 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 때에는 최초 3회에 한하여 아래에 정한 금액을 암(유사암제외) 수술비(3회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
암으로 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

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

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



*

단,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

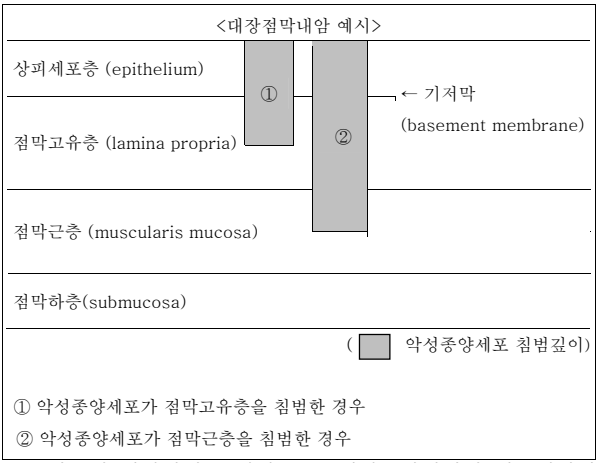
제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 제1항 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)
① 이 보장에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련4] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.
② 이 보장에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 보장에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 보장에서 「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점

막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



⑤ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」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.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 보장에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 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 말합니다.
② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료.
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 암(유사암 제외) 수술비(3회한) 지급사유에 해당되면 암(유사암 제외) 수술비(3회한)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제3항 제7호의 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.
⑤ 제3항 제7호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사자격을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조 (보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우

제6조 (보장의 소멸)

① 회사가 제3조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한「암」으로 진단확정되어 암 수술비 보험금을 3회 모두 지급한 때에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제7조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-9. 유사암 수술비(3회한) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」(이하「유사암」이라 합니다) 으로 진단 확정되고 그 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 때에는 최초 3회에 한하여 아래에 정한 금액을 유사암 수술비(3회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
기타피부암 수술시 갑상선암 수술시 대장점막내암 수술시 제자리암 수술시 경계성종양 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1항 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

⑥ 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

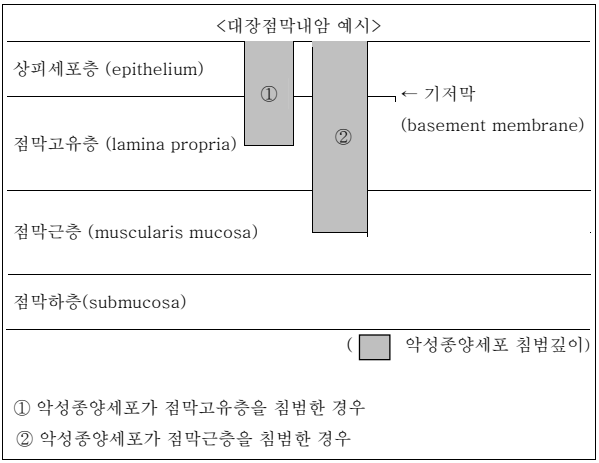
제3조 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및

진단확정)

① 이 보장에서「기타피부암」이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 보장에서「갑상선암」이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 보장에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium) 에 서 발 생 한 악 성 종 양 세 포 가 기 저 막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



④ 「기타피부암」,「갑상선암」및「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「기타피부암」,「갑상선암」및「대장점막내암」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.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)
① 이 보장에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련5] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다.
② 이 보장에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.
③ 「제자리암」및「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조 직 (fixed tissue) 검 사, 미 세 바 늘 흡 인 검 사 (fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」및「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)
① 이 보장에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「유사암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 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 말합니다.
② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료.
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 유사암 수술비(3회한) 지급사유에 해당되면 유사암 수술비(3회한)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제3항 제7호의「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 제3항 제7호의「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사자격을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 유사암 수술비 보험금을 3회 모두 지급한 때에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제7조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-10. 골절 진단비(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외) 보장

제 1 조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 [별표-상해관련1] 골절(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외) 분류표에 정한 골절(이하「골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우에는 보험증권에 기재된 골절 진단비(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외) 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 골절 진단비(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 골절 진단비(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외)는 매사고마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제 4 조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제 1 장 공통사항을 따릅니다.

2-11. 5 대골절 진단비 보장

제 1 조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 [별표-상해관련2] 5대 골절 분류표에 정한 골절(이하「5대골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우에는 보험증권에 기재된 5대골절 진단비 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액

을 5대골절 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 5대골절 진단비는 매사고 마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 5대골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제 4 조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제 1 장 공통사항을 따릅니다.

2-12. 화상 수술비 보장

제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 [별표-상해관련4] 화상 분류표에 정한 화상(이하「화상」이라 합니다)으로 진단확정 후 그 치료를 직접목적으로 「수술」을 받은 경우에는 화상 수술비 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 화상 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 화상이라 함은 [별표-상해관련4] 화상 분류표에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고, 심재성 2도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.
③ 제1항의 화상 수술비는 매사고 마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 동시에 2가지 이상의 화상 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금

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

제3조 (수술의 정의와 장소)

① 이 보장에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 화상의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 화상의 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 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

< 신의료기술평가위원회 >

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.
3. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제5조 (보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제6조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-13. 깁스치료비 보장

제 1 조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 「깁스(Cast)치료」(이하 「깁스치료」라 합니다)를 받은 경우에는 매사고 마다 보험증권에 기재된 깁스치료비 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 깁스치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의

부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제 3 조(「깁스(Cast)치료」의 정의)
① 이 보장에서「깁스(Cast)치료」라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료를 직접적인 목적으로「깁스(Cast)치료」가 필요하다고 인정되는 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.
② 제1항에서 "부목치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제 4 조(보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제 5 조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제 1 장 공통사항을 따릅니다.

2-14. 화상 진단비 보장

제 1 조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접적인 결

과로써 [별표-상해관련4] 화상 분류표에 정한 화상(이하「화상」이라 합니다)으로 진단확정된 경우에는 화상 진단비 보장(이하「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 화상 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 화상이라 함은 [별표-상해관련4] 화상 분류표에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고, 심재성 2도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.
③ 제1항의 화상 진단비는 매사고 마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제 4 조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제 1 장 공통사항을 따릅니다.

2-15. 자동차사고 치아보철지원금 보장

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자(자가용운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)가 보험기간 중에 아래에 정한 사고(이하「자동차사고」라 합니다)를 직접적인 원인으로 상해의 직접결과로써 치아보철치료가 필요하다고 진단받은 경우 치아 1개당 자동차사고 치아보철지원금 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 자동차사고 치아보철지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.
1. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고
2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에

급격하고도 우연한 자동차사고

3. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차 사고

<용어풀이>

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

② 제1항에서 치아보철을 필요로 하는 상해라 함은 [별표-상해관련3]자동차사고 부상 등급표에서 정한 5급32항, 6급31항, 7급26항, 8급 25항, 9급19항, 10급9항, 11급5항, 12급7항, 13급4항, 14급4항을 말합니다.

③ 제1항에서 치아보철치료라 함은 치아의 일부분이 없어지거나 기능을 상실했을 때 치아를 대체하여 주는 치료방법으로 크라운, 브릿지, 완전의치 및 임플란트 등을 말합니다.

④ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 제4항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 사고

가. 피보험자가 영업을 목적으로 자동차를 운전하던 중에 발생된 손해
나. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안에 발생한 손해
다. 하역작업을 하는 동안에 발생하는 손해
라. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
마. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조 (보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

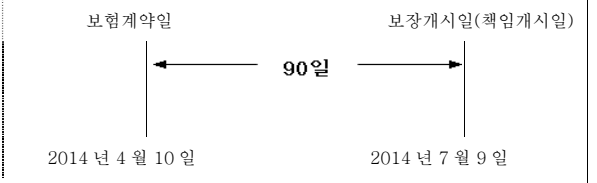
2-16. 항암방사선·약물 치료비 보장

제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 방사선·약물치료를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암방사선·약물 치료비로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 피보험자가 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 항암방사선·약물 치료비를 지급받은 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 방사선·약물치료를 받은 경우에는 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 방사선·약물 치료비는 지급하지 않습니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
· 암으로 방사선·약물치료시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
· 기타피부암으로 방사선·약물치료시 · 갑상선암으로 방사선·약물치료시	이 보장 보험가입금액의 10%	이 보장 보험가입금액의 20%

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

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



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

③ 「방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

④ 「약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1항 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련4] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 보장에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 보장에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 및 「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.

제4조 (보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우

제5조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선·약물치료비 중 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 항암방사선·약물 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제6조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-17. 유방관련 특정질환 수술비 보장

제1조 (보장의 범위)

이 보장은「여성 특정유방질환 수술비」,「여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암)」및「여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)」의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에「여성 특정유방질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「수술」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 여성 특정유방질환 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장금액
여성 특정유방질환 수술비	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 100%

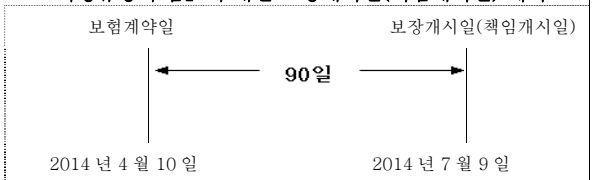
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「여성유방의 암」또는「여성유방의 제자리암」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방완전절제수술 또는 유방부분절제수술을 받은 때에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가「여성유방의 암

및 여성유방의 제자리암」 이외의 원인으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방완전절제수술 또는 유방부분절제수술을 받은 때에는 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)를 지급하지 않습니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
여성 유방 완전절제 수술비 (유방의 암·제자리암)	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 50%	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 100%
여성 유방 부분절제 수술비 (유방의 암·제자리암)	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 50%	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 100%

② 제2항의 경우 「여성유방의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 보장의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「여성유방의 제자리암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 보장의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「여성유방의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



* 단, 「여성유방의 제자리암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니

다.
② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 제1항 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 항암방사선 및 항암약물치료는 대해서는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)가 지급되지 않습니다.

제4조 (여성 특정유방질환의 정의 및 진단확정)
① 이 보장에서 「여성 특정유방질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 여성 특정유방질환으로 분류되는 질병([별표-질병관련16] 여성 특정유방질환 분류표 참조)을 말합니다. 다만, [별표-질병관련15] 여성 특정유방질환 분류표에서 정한 바에 따라 아래에 정한 질병은 제외합니다.
1. 유방의 비대(N62)
② 「여성 특정유방질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조 (여성유방의 암 및 여성유방의 제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「여성유방의 암」이라 함은 제 6 차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만,「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 보장에서「여성유방의 제자리암」이라 함은 제 6 차 개정 한국표준질병 ·사인분류 중 분류번호 D05(유방의 제자리암종)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 「여성유방의 암」및「여성유방의 제자리암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 피보험자가「여성유방의 암」및「여성유방의 제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 (유방완전절제수술 및 유방부분절제수술의 정의)

① 이 보장에서「유방완전절제수술」이라 함은 [별표-질병관련 10] 유방완전절제수술 분류표에서 정한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다.

② 이 보장에서「유방부분절제수술」이라 함은 [별표-질병관련 11] 유방부분절제수술 분류표에서 정한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다.

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 보장에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「여성 특정유방질환」의 치료,「유방완전절제수술」또는 「유방부분절제수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「여성 특정유방질환」의 치료,「유방완전절제수술」또는 「유방부분절제수술」의 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부

위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료.
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암) 지급사유에 해당되면 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제3항 제7호의 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지전리방사선 (ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.
⑤ 제3항 제7호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사자격을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조 (보험금 지급 후 보험료 납입)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제10조(보장의 소멸) 제1항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차

회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.
② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제9조 (보장의 무효)

① 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
② 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「여성유방의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제5조(여성유방의 암 및 여성유방의 제자리암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「여성유방의 암」으로 진단확정 되는 경우 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 및 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)의 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (보장의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성 특정유방질환 수술비, 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 또는 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 세부보장별로 해지환급금을 지급하지 않습니다.
② 회사가 제1항에 따라 여성 특정유방질환 수술비, 여성 유방 완전절제 수술비(유방의 암·제자리암) 및 여성 유방 부분절제 수술비(유방의 암·제자리암)를 각 1회씩 총 3회 지급한 때에는 최종 수술비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제11조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제12조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-18. 부인과관련 특정질환 수술비 보장

제1조 (보장의 범위)

이 보장은「여성 특정부인과질환 수술비」및「여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에「여성 특정 부인과질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「수술」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 여성 특정 부인과질환 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장금액
여성 특정 부인과질환 수술비	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 100%

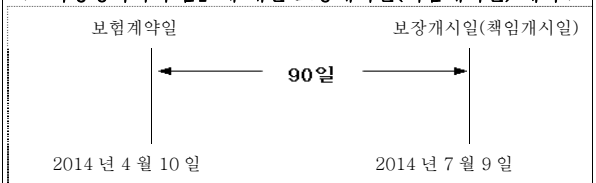
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「여성생식기의 암」또는「여성생식기의 제자리암」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「자궁적출수술」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가「여성생식기의 암 및 여성생식기의 제자리암」이외의 원인으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인

목적으로「자궁적출수술」을 받은 때에는 여성 자궁적출 수술비(생식기의암·제자리암)를 지급하지 않습니다.7

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1 년미만	가입후 1 년이상
여성 자궁적출 수술비 (생식기의 암·제자리암)	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 50%	이 보장 해당 세부보장의 보험가입금액의 100%

③ 제2항의 경우「여성생식기의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 보장의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「여성생식기의 제자리암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 보장의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「여성생식기의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



* 단,「여성생식기의 제자리암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공

통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 제1항 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 항암방사선 및 항암약물치료에 대해서는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)가 지급되지 않습니다.

제4조 (여성 특정부인과질환의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「여성 특정부인과질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 여성 특정부인과질환으로 분류되는 질병([별표-질병관련16] 여성 특정부인과질환 분류표 참조)을 말합니다. 다만, [별표-질병관련16] 여성 특정부인과질환 분류표에서 정한 바에 따라 아래에 정한 질병은 제외합니다.

1. 여성 매독성 골반염증성 질환(N74.2)
2. 여성 임균성 골반염증성 질환(N74.3)
3. 여성 클라미디아 골반염증성 질환(N74.4)
4. 자궁경부의 무력증(N88.3)
5. 습관유산자(N96)
6. 여성 불임(N97)
7. 인공수정과 관련된 합병증(N98)
8. 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후장애(N99)

② 「여성 특정부인과질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조 (여성생식기의 암 및 여성생식기의 제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 「여성생식기의 암」이라 함은 한국표준질병•사인분류 중 여성생식기의 암으로 분류되는 질병([별표-질병관련

12]여성생식기의 암 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.
② 이 보장에서 「여성생식기의 제자리암」이라 함은 한국표준질병•사인분류 중 여성생식기의 제자리암으로 분류되는 질병([별표-질병관련13] 여성생식기의 제자리암 분류표 참조)을 말합니다.
③ 「여성생식기의 암」 및 「여성생식기의 제자리암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 피보험자가 「여성생식기의 암」 및 「여성생식기의 제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 (자궁적출수술의 정의)
① 이 보장에서 「자궁적출수술」이라 함은 자궁을 적출(외과적으로 제거함)하는 수술로써 [별표-질병관련14] 자궁적출수술 분류표에서 정한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다.

제7조 (수술의 정의와 장소)
① 이 보장에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「여성 특정부인과질환」의 치료 또는 「자궁적출수술」이 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「여성 특정부인과질환」의 치료 또는 「자궁적출수술」의 직접적인 치료를 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 말합니다.
② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료.
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암) 지급사유에 해당되면 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제3항 제7호의 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 제3항 제7호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의사자격을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조 (보험금 지급 후 보험료 납입)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제10조(보장의 소멸) 제1항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.

② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제9조 (보장의 무효)
① 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이

보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
② 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「여성생식기의 암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제5조(여성생식기의 암 및 여성생식기의 제자리암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「여성생식기의 암」으로 진단확정 되는 경우 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)의 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (보장의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성 특정부인과질환 수술비 또는 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 세부보장별로 해지환급금을 지급하지 않습니다.
② 회사가 제1항에 따라 여성 특정부인과질환 수술비, 여성 자궁적출 수술비(생식기의 암·제자리암)를 각 1회씩 총 2회 지급한 때에는 최종 수술비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그때부터 효력이 없습니다.
③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제11조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.

제12조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-19. 상해흉터복원 수술비 보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복(이하 「상해흉터복원」이라 합니다)을 목적으로 사고일부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(단, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다)을 받은 경우 아래에 정한 금액을 상해흉터복원 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

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

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술Cm는 최장 직경으로 합니다.

② 제1항에서 정한 상해흉터복원 수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

<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.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (수술의 정의와 장소)

① 이 보장에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 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 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 및 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것은 포함됩니다.

< 신의료기술평가위원회 >

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

제4조(보장의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-20. 암 직접치료 입원일당(1일이상) 보장

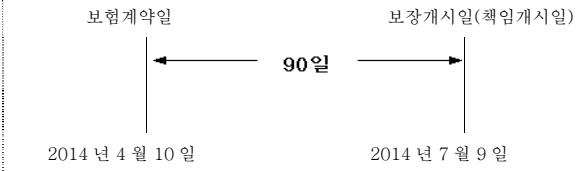
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는 「경계성종양」으로 진단이 확정되고 그 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다)하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 암 직접치료 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	암 직접치료 입원일당(1 일이상)
암으로 입원시	이 보장 보험가입금액의 100%
기타피부암으로 입원시 갑상선암으로 입원시 대장점막내암으로 입원시 제자리암으로 입원시 경계성종양으로 입원시	1 일당 이 보장 보험가입금액의 20%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 보장의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 보장의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



*

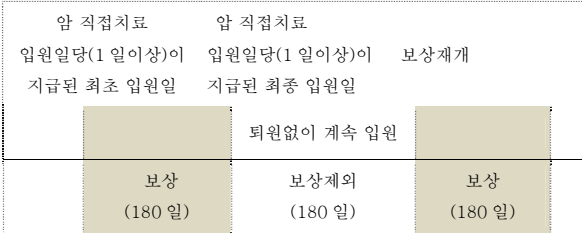
단,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 암 직접치료 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원을 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제3항의 규정을 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및 「경계성종양」에 대한 입원이라도 암 직접치료 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 암 직접치료 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암 직접치료 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



⑥ 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 보장의 보험기간이 끝났

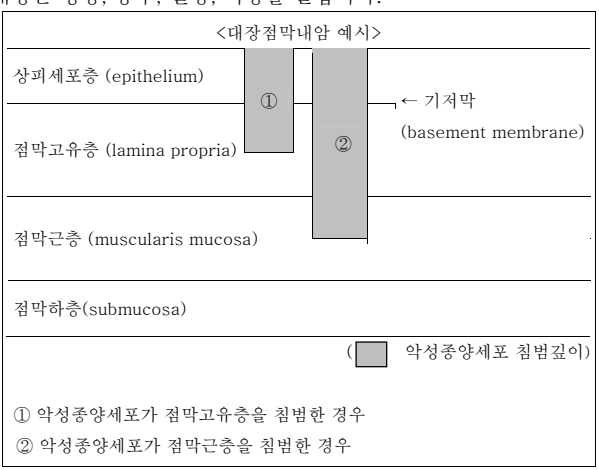
을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3항의규정에 따라 암 직접치료 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.
⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암 직접치료 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)
① 이 보장에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련4] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)

상 태 (암 으 로 변 하 기 이 전 상 태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.
② 이 보장에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 보장에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 보장에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium) 에 서 발 생 한 악 성 종 양 세 포 가 기 저 막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

<대장점막내암 예시>



⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」및「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」및「대장점막내암」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.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련5] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다.

② 이 보장에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」및「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조 직 (fixed tissue) 검 사, 미 세 바 늘 흡 인 검 사 (fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」및「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (입원의 정의와 장소)

① 이 보장에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 직접적인 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 보장에서「암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」으로 진단이 된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며,「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 치료

중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」으로 진단된 경우에는 이는 암의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조 (보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보장의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1장 공통사항 제21조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우

제7조 (보장의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다. 다만, 제1장 공통사항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외

합니다.

2-21. 상해 입원일당(1일이상) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 상해 입원일당(1일이상) 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 상해 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
② 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
③ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해 입원일당(1일이상)을 계속 보상합니다.
④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 보장에서「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)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-22. 상해 중환자실 입원일당(1일이상) 보장

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 상해 중환자실 입원일당(1일이상) 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 상해 중환자실 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 중환자실 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
④ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해 중환자실 입원일당(1일이상)을 계속 보상합니다.
⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 중환자실 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 보장에서「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)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보장의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

무배당 삼성명품 건강보험
여성만족 W(1504)
소득보장 플랜 보통약관

제1장 공통사항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

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

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약관계 관련 용어

1. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
3. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
4. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
5. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

1. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
2. 장해: [별표2] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사

실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

1. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
2. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
3. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

④ 기간과 날짜 관련 용어

1. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
2. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

1. 보장보험료와 적립보험료를 합하여 보험료라 합니다.
2. 보장보험료: 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.
3. 적립보험료: 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제2장 개별보장의 (보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2장 개별보장의 (보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제2장 개별보장의 (보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 장애인등록증
3. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
5. 장애등급결정서(2종류 이상의 장애가 중복되는 경우에 한합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류 (단, 단체취급 특별약관을 부가하는 경우, 사망보험금을 지급 할 때 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경

우 법정상속인의 확인서 등)
② 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 제1항 제2호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.
④ 제1항 제5호의 장애등급결정서는 장애인복지법 시행규칙 제3조(장애인의 등록신청 및 장애진단), 제6조(장애등급 조정), 제7조(장애상태 확인)에 의한 장애등급 심사규정 제8조(심사결과 및 통지) 제2항에 의해 발급한 것으로 합니다.

제6조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제2장 각 개별보장의 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수

익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조(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 않습니다.
⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제7조(공시이율의 적용 및 공시)

① 이 보험의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 정해진 계약체결비용 및 계약관리비용을 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 보장성 공시이율Ⅲ(이하 「공시이율」이라 합니다)로 하며, 공시이율은 매월 1일부터 해당월 마지막 날까지 1개월간 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 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 회사의 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 산출된 공시기준이율의 80%~120% 범위내에서 정합니다.

③ 회사는 제1항 내지 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제8조(환급금의 중도인출)

① 계약자는 계약일부터 2년 이후에 계약이 유효한 경우 매보험년도마다 4회에 한하여 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계산된 인출시점의 적립부분 해지환급금(단, 기본계약 해지환급금이 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 기본계약 해지환급금을 한도로 하며, 이 약관에서 정한 보험계약대출이 있을 경우 그 원금과 이자합계액 및 이미 중도인출을 한 경우 그 금액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80%한도 내에서 인출할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 계약일부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료를 초과할 수 없습니다.

<보험년도>
당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지로 매1년 단위의 연도임. 예를 들어, 보험계약일이 2014년 8월 15일인 경우 보험년도는 8월 15일부터 2015년도 8월 14일까지 1년을 말함

제9조(만기환급금의 지급)

① 회사는 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료에 대하여 보험료납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 공시이율로 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 적립한 금액(제8조(환급금의 중도인출)에 따라 중도인출하는 경우에는 중도인출한 금액을 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제7조(공시이율의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%로 합니다.

② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

③ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의

기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에 따릅니다.
④ 제8조(환급금의 중도인출) 제1항에 따라 환급금을 중도인출한 경우에는 중도인출금 및 중도인출금에 부리되었을 이자만큼 만기환급금에서 차감하여 계산하므로 제1항에 정한 지급금이 감소합니다.
⑤ 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항 제5호에서 정한 적립보험료 등을 감액할 경우 제1항에 정한 만기환급금은 없거나 최초가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.

<최저보증이율>

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 1%인 경우(최저보증이율이 공시이율보다 큰 경우), 적립금은 공시이율(1%)이 아닌 최저보증이율로 부리됩니다.

제10조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제11조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제12조(보험수익자의 지정)
① 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제9조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 기타 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.
② 제1항에 따라 지정된 보험수익자가 보험기간 중에 사망한 때에는 계약자는 다시 보험수익자를 지정할 수 있으며, 이 경우에 계약자가 보험수익자를 지정하지 않고 사망한 때에는 보험수익자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

제13조(대표자의 지정)
① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조(계약 전 알릴 의무)
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제15조(상해보험계약 후 알릴 의무)
① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차

또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.
② 제1항의 통지에 따라 위험이 증가 또는 감소하는 경우 보험료가 변경될 수 있으며, 잔여기간 보장을 위한 재원인 해지환급금의 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 돌려받을 금액이 발생할 수 있습니다.
③ 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
④ 제2항의 보험료 변경으로 인해 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하「변경전 요율」이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제16조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 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 서면 등으로 알려 드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑧ 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제17조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(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.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 표준이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제19조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인

계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

<전문보험계약자>

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자, 모집종사자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제20조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관

의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

< 통신판매계약 >

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

< 자필서명 >

날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

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

제21조(계약의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우 계약이 유효합니다.

> **< 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.

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

제22조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목

2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 적립보험료 등 기타 계약의 내용

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

<유의사항>

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

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

⑥ 계약자가 보험수익자를 변경하지 않고 사망한 때에는 계약자 사망시점에 지정되어 있는 보험수익자의 권리가 확정됩니다. 그러나 계약자가 사망한 이후 그 승계인이 보험수익자를 변경할 수 있다는 별도의 약정이 있는 경우에는 승계받은 계약자가 보험수익자를 변경할 수 있습니다.

⑦ 회사는 제1항 제4호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제23조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제21조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

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

< 보험나이 계산 예시 >

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

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

제24조(계약의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 제2장 각 개별보장의 책임준비금(다만, 제2장 각 개별보장의 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유로 보험금을 지급하고 개별보장이 소멸된 경우는 제외합니다)과 적립부분 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

<책임준비금>

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제32조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5관 보험료의 납입

제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청

약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

< 보장개시일 >

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

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

1. 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제26조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

< 납입기일 >

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제27조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이

지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.
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 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 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 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

<보험계약대출이율>

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

제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에

대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 표준이율+1% 범위내에서 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 제14조(계약 전 알릴 의무), 제16조(알릴 의무 위반의 효과), 제

17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립) 및 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제30조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))
① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)
① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제21조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여

야 할 해지환급금이 있을 때에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(중대사유로 인한 해지)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

< 이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급 >

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(회사의 파산선고와 해지)

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

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제34조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(해지환급금)

① 이 약관에 따른 해지환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출

방법서”에 따라 계산합니다. 이 때 적립부분 순보험료에 대하여는 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 공시이율을 적용하고, 제8조(환급금의 중도인출)에 따라 중도인출한 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 적립부분 책임준비금에서 중도인출한 금액을 차감하여 계산합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제7조(공시이율의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용합니다. 단, 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%로 합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에 따릅니다.

③ 제8조(환급금의 중도인출) 제1항에 따라 환급금을 중도인출한 경우에는 중도인출금 및 중도인출금에 부리되었을 이자만큼 해지환급금에서 차감하여 계산하므로 제1항에 정한 지급금이 감소합니다.

④ 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항 제5호에서 정한 적립보험료 등을 감액할 경우 제1항에 정한 해지환급금은 없거나 최초가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

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 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제36조(배당금의 지급)
회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

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

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

제39조(소멸시효)
보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권, 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

<소멸시효>
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2015년 4월 1일에 발생하였음에도 2018년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제40조(약관의 해석)
① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

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

<보험안내자료>
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다

제42조(회사의 손해배상책임)
① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제43조(개인정보보호)
① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

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

제45조(예금보험에 의한 지급보장)

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

제2장 개별보장

2-1. 상해 사망 보장

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권에 기재된 상해 사망 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

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

제3조(보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-2. 상해 후유장해 보장

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 장해분류표([별표2] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해 보험금	80%이상	보험증권에 기재된 상해 후유장해 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액(이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해 보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 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 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 후유장해보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 보장은 소멸되지 않습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-3. 상해 고도장해(80%이상) 생활자금 (5년월지급형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 장해분류표([별표2] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 상해 고도장해(80%이상) 생활자금(5년월지급형) 보장 (이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 상해 고도장해(80%이상) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

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

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장

해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 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 이 보장에서 상해 고도장해(80%이상) 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 상해 고도장해(80%이상) 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 상해 고도장해(80%이상) 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는상해 고도장해(80%이상) 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.
⑧ 보험수익자가 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-4. 상해 중증장해(50%이상) 생활자금 (5년월지급형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 장해분류표([별표2] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 상해 중증장해(50%이상) 생활자금(5년월지급형) 보장 (이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생 해당일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 상해 중증장해(50%이상) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

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

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 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 상해중증장해(50%이상) 생활자금 생활자금에서 이미 지급받은 상해중증장해(50%이상) 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 이미 이 보장에서 상해 중증장해(50%이상) 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 상해 중증장해(50%이상) 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 상해 중증장해(50%이상) 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 상해 중증장해(50%이상) 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.
⑧ 보험수익자가 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (보장의 소멸)
① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-5. 질병 고도장애(1,2급) 생활자금 (5년월지급형) 보장

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조([별표-질병관련1] 참조)의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애,

언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간 장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기 장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐장애, 정신장애, 간질장애 제외)가 발생하고, 1급 또는 2급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간 장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인)이 되었을때 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 질병 고도장애(1,2급) 생활자금(5년월지급형) 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생 해당일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 질병 고도장애(1,2급) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 끝난 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기 ([별표-질병관련2] 참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급 ([별표-질병관련3] 참조)에 해당되는 보험금을 지급합니다.

③ 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1장 공

통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑥ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑦ 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 「장애등급 판정기준」이 「장애인복지법」및「장애인복지법 시행규칙」(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.
⑧ 제7항에도 불구하고 '법령'의 개정으로 「장애등급 판정기준」이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애등급판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「장애등급 판정기준」에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.
⑨ 보험수익자가 질병 고도장애(1,2급) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제4조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병 고도장애(1,2급) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-6. 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금 (5년월지급형) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조([별표-질병관련1] 참조)의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간 장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기 장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐장애, 정신장애, 간질장애 제외)가 발생하고, 1급, 2급 또는 3급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간 장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 호흡기장애인)이 되었을 때 최초 1회에 한하여 5년간 매월 보험증권에 기재된 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금(5년월지급형) 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생 해당일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날로 합니다)에 질병중증장애(1,2,3급) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 끝난 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부「장애등급 판정기준」에 정한 장애판정 시기 ([별표-질병관련2] 참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 장애인 등록이 완료되었을 때, 2종류 이상의 장애가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장애 합산시 상향조정된 장애등급 ([별표-질병관련3] 참조)에 해당되는 보험금을 지급합니다.

③ 청약서상 "계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)"에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급

사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
⑤ 제4항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제1장 공통사항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑥ 제1장 공통사항 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑦ 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 「장애등급 판정기준」이 「장애인복지법」 및 「장애인복지법 시행규칙」(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.
⑧ 제7항에도 불구하고 '법령'의 개정으로 「장애등급 판정기준」이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애등급판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「장애등급 판정기준」에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.
⑨ 보험수익자가 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 표준이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제4조 (보장의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병 중증장애(1,2,3급) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴

때부터 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-7. 상해 입원일당(1일이상) 보장

제1조 (보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 상해 입원일당(1일이상) 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 상해 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
② 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
③ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해 입원일당(1일이상)을 계속 보상합니다.
④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)
이 보장에서「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)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보장의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)
이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

2-8. 상해 중환자실 입원일당(1일이상) 보장

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 상해 중환자실 입원일당(1일이상) 보장(이하 「보장」이라 합니다)의 보험가입금액을 상해 중환자실 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 중환자실 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
④ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해 중환자실 입원일당(1일이상)을 계속 보상합니다.
⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 중환자실 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험

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

제3조(입원의 정의와 장소)

이 보장에서「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)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보장의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 제1장 공통사항 제24조(계약의 소멸)의 규정을 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1장 공통사항을 따릅니다.

별 표

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보장관련 보험금	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기환급금 및 해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율의 50%
		1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주1) 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

2) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.

3) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【별표2】

장해 분류표

< 총칙 >

1. 장해의 정의
   1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
   2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
   3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
   4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 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 정

도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것)여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

< 장해분류별 판정기준 >

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

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 이상이 지난 뒤에 그 장해정도를 평가한다.
5) “안구의 뚜렷한 운동장해”라 함은 안구의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시(두 눈으로 하나의 사물을 보는 것)에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) “안구의 뚜렷한 조절기능장해“라 함은 조절력이 정상의 1/2 이

하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.

7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.

8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.

9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등으로 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.

11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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 큰소

리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50㎝이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 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 또는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.

2) 코의 추상(추한 모습) 장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 더하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니와 아랫니의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.

5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.

① 양순음/입술소리(ㅁ, ㅂ, ㅍ)

② 치조음/잇몸소리(ㄴ, ㄷ, ㄹ)

③ 구개음/입천장소리(ㄱ, ㅈ, ㅊ)

④ 후두음/목구멍소리(ㅇ, ㅎ)

6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 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 손상에 따른 실어증도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절(깨짐, 부러짐)된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 후유장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 의치의 결손은 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 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 지름 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 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 지름 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 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 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 동일한 부위로 한다.

2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분 만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

3) 심한 운동장해

척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

4) 뚜렷한 운동장해

① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)사이에 뚜렷한 이상 전위 가 있을 때

5) 약간의 운동장해

척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

6) 심한 기형

척추의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

7) 뚜렷한 기형

척추의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

8) 약간의 기형

1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)

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

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

특수검사(전산화단층촬영(CT), 자기공명영상법(MRI) 등)에서 추

간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변 부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우

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

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	10

나. 장해판정기준

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

2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.

① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5㎝ 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에게 정상분만에 지장을 줄 정도로 골반의 변형이 남은 상태

② 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우

3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	지급률(%)
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 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 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해는 장해보상을 하지 않는다.
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 손목관절부터 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 “0

등급(Zero)" 인 경우

나) "심한 장해" 라 함은

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

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

다) "뚜렷한 장해" 라 함은

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

라) "약간의 장해" 라 함은

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

7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때" 라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

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

9) "뼈에 기형을 남긴 때" 라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

2) 한 팔의 3대 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 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 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 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 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 않는다.

3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)부터 발목관절까지를 말한다.

4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.

5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.

6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은

① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

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

나) "심한 장해"라 함은

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

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우

다) "뚜렷한 장해"라 함은

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

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) "약간의 장해"라 함은

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

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

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

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

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

10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상인 쪽 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.

다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 스캐노그램(scanogram)으로 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

2) 한 다리의 3대 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 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 (손가락 하나 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 (손가락 하나 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 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼛조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 가능영역으로 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 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 (발가락 하나마다)	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 (발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

1) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) “발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 발가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신(굽히고 펴기)기능을 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 신장이나 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 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 가해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 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 말초신경계 손상으로 “<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 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 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 위의 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해는 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표” 에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입고 나서 24개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 상해를 입고 나서 18개월이 지난 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 전문적 치료를 충분히 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 시행하고 전문의가 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신건강의학과나 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정이나 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들(뇌 SPECT 등)
- 정신건강의학과나 신경정신과 전문의가 아닌 자가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 사람)은 생명유지를 위한 동작과 행동이 불가능하거나 지속적으로 감금해야 하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① “치매” 라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 위의 기질성 장해로 파괴되어 한번

획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

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

4) 뇌전증(간질)

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

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

③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 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 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는(절뚝거리는) 상태, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 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-상해관련1】

골절(치아파절(깨짐, 부러짐) 제외) 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 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
18. 척추 및 척수의 출산 손상	P11.5
19. 출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
20. 기타 두개골의 출산손상	P13.1
21. 대퇴골의 출산손상	P13.2
22. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
23. 출산손상으로 인한 쇄골골절	P13.4
24. 기타 골결 부분의 출산손상	P13.8
25. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표-상해관련2】

5대골절 분류표

약관에 규정하는 5대골절로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 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
6. 출산 손상으로 인한 머리뼈 골절	P13.0
7. 기타 머리뼈의 기타 출산 손상	P13.1
8. 척추 및 척수의 출산 손상, 출산 손상으로 인한 척추의 골절	P11.5
9. 넙적다리뼈의 출산 손상	P13.2

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표-상해관련3】

자동차사고 부상 등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제3조 제1항 2호와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

상해급별	상 해 내 용
1급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해 (신경학적 증상이 48시간이상 지속되는 경우에 적용한다) 2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안삽입술을 시행한 상해 3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트 그라프트 삽입술을 시행한 상해 5. 척주 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해 6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절 7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전이성(회전성) 골절 8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 9. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 (주관절부 이단을 포함한다) 10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해 (근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다) 14. 화상, 좌창, 괴사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해 15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상 해 내 용
2급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해 3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해 4. 신장 파열로 수술한 상해 5. 척주 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해 6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(치돌기 골절을 포함한다) 혹은 탈구로 할로베스트나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 8. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해 11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절 12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상 해 내 용
3급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해 (진단적 목적으로 시행한 경우에는 4급에 해당한다) 6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해 7. 내부 장기 손상으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해(장간막 파열을 포함한다) 8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비을 동반한 상해 9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해(주관절부 이단을 포함한다) 11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다) 14. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해 18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상 해 내 용
4급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 각막 이식술을 시행한 상해 3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다) 5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경을 포함한다) 6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행한 상해(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다) 8. 상완골 경부 골절 9. 상완골 간부 분쇄성 골절 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절로 수술을 시행한 상해(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절 등에 적용한다) 11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해 18. 골반환이 안정적인 골반골 골절로 수술을 시행한 상해(천골골절 및 미골 골절을 포함한다) 19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해 20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해

상해급별	상 해 내 용
4급	22. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 거골 또는 종골 골절 24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해 (신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해 3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해 4. 안정성 추체 골절 5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 상완골 간부 골절 7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 9. 요골 경상돌기 골절 10. 요골 원위부 관절내 골절 11. 수근 주상골 골절 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 (비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절 18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 슬개골 골절

상해급별	상 해 내 용
5급	21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다) 24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다) 25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 사지 근 또는 건 파열로 6개 이상의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 심장 타박 5. 폐좌상(일측 폐의 50 퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한한다) 6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해 7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해 8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해 9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해 10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해 11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 상완골 대결절 견열 골절 13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다) 14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해

상해급별	상 해 내 용
6급	16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해 17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절 18. 요골 경부 골절 19. 척골 주두부 골절 20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구 22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해 25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해 26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개 28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 30. 사지 근 또는 건 파열로 3~5개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상 해 내 용
7급	1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절 2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해 3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해 4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골 골절 6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다) 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 척골 경상돌기 기저부 골절 11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 요수근관절 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간관절 탈구, 원위요척 관절 탈구를 포함한다) 13. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 14. 주상골 외 수근골 골절 15. 수근부 주상골·월상골간 인대 파열 16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 중수골 골절 18. 중수수지관절의 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 20. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절 23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절 25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상 해 내 용
8급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절 3. 외상성 시신경병증 4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해 5. 복합 고막 파열 6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해 7. 3개 이상의 다발성 늑골 골절 8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절 9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 중수골 골절 13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구 14. 다발성 수지골 골절 15. 무지 중수지관절 측부인대 파열 16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 사지의 근 또는 건 파열로 1~2개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해 25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 26. 기타 8급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상 해 내 용
9급	1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 늑골골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 흉골 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요수근관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다.) 10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 수지관절 탈구 12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절 16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 수족지 신전건 1개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해 18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3cm 이상 안면부 열상 2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 하지 3대 관절의 혈관절증 8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상 해 내 용
11급	1. 뇌진탕 2. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행하지 않는 상해 3. 수지골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애 2. 3cm 미만 안면부 열상 3. 척추 염좌 4. 사지 관절의 근 또는 건의 단순 염좌 5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 사지 강각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 열상으로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 늑골 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상 해 내 용
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 수족지 관절 염좌 3. 사지의 단순 타박 4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

주1) 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절은 해당 등급보다 한 등급 높이 적용한다.

2) 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 단순성 선상 골절로 인한 골편의 전위가 없는 골절은 해당 등급보다 한 등급 낮게 적용한다.

3) 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우 에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해로부터 하위 3등급(예 : 상해 내용이 주로 2급에 해당되는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높이 적용하며 각각 더하지 않는다. 이 때 위 1, 2는 적용하지 아니한다.

4) 일반 외상과 치아보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 1급의 금액을 초과하지 아니하는 범위에서 상해 등급별 해당 금액을 더한 금액을 적용한다.

【별표-상해관련4】

화상 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 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

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표-질병관련1】

【 장애인 복지법 】

2013.10.31. 시행(법률 제11977호, 2013.07.30. 개정)

제2조(장애인의 정의 등)

① “장애인”이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.

② 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다.

1. “신체적 장애”란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다.
2. “정신적 장애”란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.

【 장애인 복지법 시행령 】

2015.01.01 시행(대통령령 제25840호, 2014.12.09 개정)

제2조(장애인의 종류 및 기준)

① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조 제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 **【별표3.1】**에서 정한 자를 말한다.

② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다.

<개정 2008.2.29, 2010.3.15>

【 장애인 복지법 시행규칙 】

2015.01.05 시행(보건복지부령 제283호, 2015.01.05 개정)

제2조(장애인의 장애등급 등)

① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조 제2항에 따른 장애인의 장애등급은 **【별표3.2】**과 같다.

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애등급의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다. <개정 2008.3.3, 2010.3.19>

【별표-질병관련1.1】

장애인의 종류 및 기준
(장애인 복지법 시행령 제2조 관련)

1. 지체장애인(肢體障碍人)
가. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람
나. 한 손의 엄지손가락을 지골(指骨 : 손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제1지골 관절 이상의 부위에서 잃은 사람
다. 한 다리를 리스프랑(Lisfranc : 발등뼈와 발목을 이어주는) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람
라. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람
마. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람
바. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람
사. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람

2. 뇌병변장애인(腦病變障碍人)
뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중(腦卒中) 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람

3. 시각장애인(視覺障碍人)
가. 나쁜 눈의 시력(만국식시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람
나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람
라. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람

4. 청각장애인(聽覺障碍人)
가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람
나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨 이상인 사람
다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람
라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람

5. 언어장애인(言語障碍人)
음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람

6. 지적장애인(知的障碍人)
정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람

7. 신장장애인(腎臟障碍人)
신장의 기능부전(機能不全)으로 인하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받아야 하거나 신장기능의 영속적인 장애로 인하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

8. 심장장애인(心臟障碍人)
심장의 기능부전으로 인한 호흡곤란 등의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

9. 호흡기장애인(呼吸器障碍人)
폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적 기능부전으로 인한 호흡기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

10. 간 장애인(肝障碍人)
간의 만성적 기능부전과 그에 따른 합병증 등으로 인한 간기능의 장애로 일상 생활에 상당한 제약을 받는 사람

11. 안면장애인(顔面障碍人)
안면 부위의 변형이나 기형으로 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람

12. 장루·요루장애인(腸瘻·尿瘻障碍人)
배변기능이나 배뇨기능의 장애로 인하여 장루(腸瘻) 또는 요루(尿瘻)를 시술하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

【별표-질병관련1.2】

장애인의 장애등급표
(장애인 복지법 시행규칙 제2조 관련)

1. 지체장애인

가. 신체의 일부를 잃은 사람

제1급
1. 두 팔을 손목관절 이상의 부위에서 잃은 사람
2. 두 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제2급
1. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
2. 한 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람
3. 두 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제3급
1. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 모든 손가락을 잃은 사람
3. 두 다리를 쇼파관절(chopart's joint) 이상의 부위에서 잃은 사람
4. 한 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제4급
1. 두 손의 엄지손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람
3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 세 손가락을 잃은 사람
4. 두 다리를 리스프랑관절(Lisfranc: 발등뼈와 발목을 이어주는 관절) 이상의 부위에서 잃은 사람
5. 한 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제5급
1. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 엄지손가락을 중수수지관절 이상의 부위에서 잃은 사람
3. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 세 손가락을 잃은 사람
4. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람
5. 한 다리를 쇼파관절 이상의 부위에서 잃은 사람

제6급
1. 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람
2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람
3. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락을 모두 잃은 사람
4. 한 다리를 리스프랑관절 이상의 부위에서 잃은 사람

나. 관절장애가 있는 사람

제1급

1. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

제2급

1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 각각 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
4. 두 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 각각 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

제3급

1. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 각각 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
3. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
4. 한 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

제4급

1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 한 관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 두 손의 엄지손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
4. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람

5. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
6. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 각각 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 두 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
8. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 2개관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
9. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
10. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능을 잃은 사람

제5급

1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
3. 두 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
4. 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
6. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 중 2개관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
8. 한 다리의 고관절, 무릎관절, 족관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
9. 두 발의 모든 발가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
10. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
11. 한 다리의 발목관절의 기능을 잃은 사람

제6급

1. 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 그리고 다섯째손가락 모두의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
4. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 한 관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
5. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
6. 한 다리의 발목관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

다. 지체기능장애가 있는 사람

제1급
1. 두 팔의 기능을 잃은 사람
2. 두 다리의 기능을 잃은 사람

제2급
1. 한 팔의 기능을 잃은 사람
2. 두 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 두 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람
4. 두 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 경추와 흉요추의 기능을 잃은 사람

제3급
1. 두 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 두 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람
3. 한 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람
4. 한 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 다리의 기능을 잃은 사람
6. 경추 또는 흉요추의 기능을 잃은 사람

제4급
1. 두 손의 엄지손가락의 기능을 잃은 사람
2. 한 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람
3. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능을 잃은 사람
4. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 네 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 두 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 경추 또는 흉요추의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

제5급
1. 한 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
2. 두 손의 엄지손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
3. 한 손의 엄지손가락의 기능을 잃은 사람
4. 한 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
5. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 한 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
7. 두 발의 모든 발가락의 기능을 잃은 사람
8. 경추 또는 흉요추의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

제6급
1. 한 손의 엄지손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락의 기능을 잃은 사람

3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 두 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
4. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락의 기능을 잃은 사람
5. 경추 또는 흉요추의 기능이 저하된 사람

라. 신체에 변형 등의 장애가 있는 사람

제5급

한 다리가 건강한 다리보다 10센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 10분의 1 이상 짧은 사람

제6급

1. 한 다리가 건강한 다리보다 5센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 15분의 1 이상 짧은 사람
2. 척추측만증이 있으며, 만곡각도가 40도 이상인 사람
3. 척추후만증이 있으며, 만곡각도가 60도 이상인 사람
4. 성장이 멈춘 만 18세 이상의 남성으로서 신장이 145센티미터 이하인 사람
5. 성장이 멈춘 만 16세 이상의 여성으로서 신장이 140센티미터 이하인 사람
6. 연골무형성증으로 왜소증에 대한 증상이 뚜렷한 사람

2. 뇌병변장애인

제1급

보행이 불가능하거나 일상생활동작을 거의 할 수 없어, 도움과 보호가 필요한 사람

제2급

1. 보행이 현저하게 제한되었거나 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람
2. 보행과 일상생활동작이 상당히 제한된 사람

제3급

1. 보행이 상당한 정도 제한되었거나 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
2. 보행이 경중한 정도 제한되고 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람

제4급

1. 보행이 경중한 정도 제한되었거나 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람
2. 보행이 경미하게 제한되고 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람

제5급

1. 보행이 경미하게 제한되었거나 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
2. 보행이 파행(跛行)을 보이고 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람

제6급

보행 시 파행을 보이거나 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람

3. 시각장애인

제1급

좋은 눈의 시력(공인된 시력표에 의하여 측정한 것을 말하며, 굴절이상이 있는 사람에 대하여는 최대 교정시력을 기준으로 한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람

제2급

좋은 눈의 시력이 0.04 이하인 사람

제3급

1. 좋은 눈의 시력이 0.06 이하인 사람
2. 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 5도 이하로 남은 사람

제4급

1. 좋은 눈의 시력이 0.1 이하인 사람
2. 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 10도 이하로 남은 사람

제5급

1. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
2. 두 눈의 시야가 각각 정상시야의 50%이상 감소한 사람

제6급

나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람

4. 청각장애인

가. 청력을 잃은 사람

제2급

두 귀의 청력을 각각 90데시벨(dB) 이상 잃은 사람(두 귀가 완전히 들리지 아니하는 사람)

제3급

두 귀의 청력을 각각 80데시벨(dB) 이상 잃은 사람(귀에 입을 대고 큰소리로 말을 하여도 듣지 못하는 사람)

제4급

1. 두 귀의 청력을 각각 70데시벨(dB) 이상 잃은 사람(귀에 대고 말을 하여야 들을 수 있는 사람)

2. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람

제5급

두 귀의 청력을 각각 60데시벨(dB) 이상 잃은 사람(40센티미터 이상의 거리에서 발성된 말소리를 듣지 못하는 사람)

제6급

한 귀의 청력을 80데시벨(dB) 이상 잃고, 다른 귀의 청력을 40데시벨(dB) 이상 잃은 사람

나. 평형기능에 장애가 있는 사람

제3급

양측 평형기능의 소실로 두 눈을 뜨고 직선으로 10미터 이상을 지속적으로 걸을 수 없는 사람

제4급

양측 평형기능의 소실 또는 감소로 두 눈을 뜨고 10미터를 걸으려면 중간에 균형을 잡기 위하여 멈추어야 하는 사람

제5급

양측 평형기능의 감소로 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나며, 복합적인 신체운동은 어려운 사람

5. 언어장애인

제3급

음성기능이나 언어기능을 잃은 사람

제4급

음성·언어만으로는 의사소통을 하기 곤란할 정도로 음성기능이나 언어기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. 지적장애인

제1급

지능지수가 35 미만인 이하인 사람으로서 일상생활과 사회생활에 적응하는 것이 현저하게 곤란하여 일생 동안 다른 사람의 보호가 필요한 사람

제2급

지능지수가 35 이상 50 미만인 사람으로서 일상생활의 단순한 행동을 훈련시킬 수 있고, 어느 정도의 감독과 도움을 받으면 복잡하지 아니하고 특수기술이 필요하지 아니한 직업을 가질 수 있는

사람

제3급

지능지수가 50 이상 70 이하인 사람으로서 교육을 통한 사회적·직업적 재활이 가능한 사람

7. 신장장애인

제2급

만성신부전증으로 인하여 3개월 이상 혈액투석이나 복막투석을 받고 있는 사람

제5급

신장을 이식받은 사람

8. 심장장애인

제1급

심장기능의 장애가 지속되며, 안정 시에도 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 운동능력을 완전히 상실하여 상시적으로 돌보는 사람이 필요한 사람(심장질환을 진단받은 지 1년 이상 지난 사람만 해당한다. 이하 같다)

제2급

심장기능의 장애가 지속되며, 자기 신체 주위의 일은 어느 정도 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 정상적인 일상생활을 해나가기 어려운 사람

제3급

심장기능의 장애가 지속되며, 가정에서의 가벼운 활동은 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나서 정상적인 사회활동을 해나가기 어려운 사람

제5급

심장을 이식받은 사람

9. 호흡기장애인

제1급

1. 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 안정 시에도 산소요법을 받아야 할 정도의 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상 예측치의 25% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 55㎜Hg 이하인 사람
2. 만성호흡기 질환으로 기관절개관을 유지하고 24시간 인공호흡기로 생활하는 사람

제2급

폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 집안에서 이동할 때에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 30% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 60㎜Hg 이하인 사람

제3급

폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 평지에서의 보행에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 40% 이하이거나 안정 시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 65㎜Hg 이하인 사람

제5급

1. 폐를 이식받은 사람
2. 늑막루가 있는 사람

10. 간장애인

제1급

만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C이면서 간성뇌증이 있거나 내과적 치료로 조절되지 아니하는 난치성 복수 등의 합병증이 있는 사람

제2급

만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C이면서 과거 2년 이내의 간성뇌증 병력 또는 자발성 세균성 복막염 등의 병력이 있는 사람

제3급

1. 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 C인 사람
2. 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 등급 B이면서 난치성 복수가 있거나 간성뇌증 등의 합병증이 있는 사람

제5급

간을 이식받은 사람

11. 안면장애인

제2급

1. 노출된 안면부의 90% 이상이 변형된 사람
2. 노출된 안면부의 60% 이상이 변형되고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

제3급

1. 노출된 안면부의 75% 이상이 변형된 사람
2. 노출된 안면부의 50% 이상이 변형되고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

제4급

1. 노출된 안면부의 60% 이상이 변형된 사람
2. 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람
3. 노출된 안면부의 45% 이상이 변형되고 코 형태의 1/3 이상이 없어진 사람

제5급

1. 노출된 안면부의 45% 이상이 변형된 사람
2. 코 형태의 1/3 이상이 없어진 사람

12. 장루장애인 및 요루장애인

제2급

1. 장루와 함께 요루 또는 방광루를 가지고 있으며, 그 중 하나 이상의 루에 장피누공 합병증으로 장피누공 또는 배뇨기능장애가 있는 사람
2. 장루 또는 요루를 가지고 있으며 합병증으로 장피누공과 배뇨기능장애가 모두 있는 사람
3. 배변을 위한 말단 공장루를 가지고 있는 사람

제3급

1. 장루와 함께 요루를 가지고 있으며 합병증으로 장피누공과 배뇨기능장애가 모두 있는 사람
2. 장루 또는 요루를 가지고 있으며, 합병증으로 장피누공 또는 배뇨기능장애가 있는 사람

제4급

1. 장루 또는 요루를 가진 사람
2. 방광루를 가지고 있으며, 합병증으로 장피누공이 있는 사람

제5급

방광루를 가진 사람

13. 중복된 장애의 합산 판정

가. 같은 등급에 둘 이상의 중복장애가 있는 경우에는 1등급 위의 등급으로 한다.

나. 서로 다른 등급에 둘 이상의 중복장애가 있는 경우에는 의료기관의 전문의가 장애의 정도를 고려하여 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 주된 장애등급보다 1등급 위의 등급으로 조정할 수 있다.

다. 다음과 같은 경우는 가목 및 나목에도 불구하고 중복장애로 합산

판정할 수 없다.

1) 동일 부위의 지체장애와 뇌병변장애가 중복된 경우
2) 그 밖에 장애부위가 같거나 장애성격이 중복되어 중복장애로 합산하여 판정하는 것이 타당하지 아니한 경우로서 보건복지부장관이 정하는 경우

주) 각 장애의 장애상태, 세부 판정기준, 판정시기, 장애진단전문의 및 장애진단기관의 기준에 관하여는 보건복지부의 「장애등급 판정 기준」을 따릅니다. 판정기준 변경시 변경된 기준을 적용합니다.

【별표-질병관련2】

보건복지부「장애등급 판정기준」中 장애판정 시기

장애유형	장애판정 시기
지체, 시각, 청각, 언어, 지적, 안면 장애	장애의 원인 질환 등에 관하여 충분히 치료하여 장애가 고착되었을 때 진단하며, 그 기준시기는 원인 질환 또는 부상 등의 발생후 또는 수술후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후로 한다. (지체절단, 척추고정술, 안구적출, 청력기관의 결손, 후두전 적출술, 선천적 지적장애 등 장애상태의 고착이 명백한 경우는 예외로 한다.)
뇌병변 장애	1. 뇌성마비, 뇌졸중, 뇌손상 등과 기타 뇌병변(파킨슨병 제외)이 있는 경우는 발병 또는 외상 후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후에 장애 진단을 하여야 한다. 2. 파킨슨병은 1년 이상의 성실하고 지속적인 치료 후에 장애 진단을 하여야 한다.
신장 장애	3개월 이상 지속적으로 혈액투석 또는 복막투석치료를 받고 있는 사람 또는 신장을 이식받은 사람
심장 장애	1년 이상의 성실하고, 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었거나 심장을 이식받은 사람
호흡기 장애 간 장애	현재의 상태와 관련한 최초 진단 이후 1년 이상이 경과하고, 최근 2개월 이상의 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었거나 폐 또는 간을 이식받은 사람
장루·요루 장애	복원수술이 불가능한 장루 (복회음 절제술후 에스결장루, 전대장절제술후 시행한 말단형 회장루 등)·요루(요관피부루, 회장도관 등) 의 경우에는 장루(요루)조성술 이후 진단이 가능하며, 그 외 복원수술이 가능한 장루(요루)의 경우에는 장루(요루) 조성술 후 1년이 지난 시점

【별표-질병관련3】

보건복지부 「장애등급 판정기준」中
중복장애 합산시 장애등급 상향조정표

	1급	2급	3급	4급	5급	6급
1급	1급	1급	1급	1급	1급	1급
2급	1급	1급	1급	1급	2급	2급
3급	1급	1급	2급	2급	3급	3급
4급	1급	1급	2급	3급	3급	4급
5급	1급	2급	3급	3급	4급	4급
6급	1급	2급	3급	4급	4급	5급

주) 중복장애 합산의 예외

다음의 경우는 각각을 개별적인 장애로 판단하지 않는다.

(1) 동일부위의 지체장애와 뇌병변장애
※ 뇌병변장애(포괄적 평가)와 지체장애(개별적 평가)가 중복된 경우에는 뇌병변장애 판정기준에 따라 장애정도를 판정한다. 다만, 지체장애가 상위등급이고 뇌병변장애가 경미한 경우는 지체장애로 판정할 수 있다.

(2) 지적장애와 그에 따른 증상의 일환으로 나타나는 언어장애

(3) 장애부위가 동일한 경우
- 눈과 귀는 좌·우 두 개이나 하나의 기능을 이루는 대칭성 기관의 특징이 있으므로 동일부위로 본다.
- 팔과 다리는 좌·우를 각각 별개의 부위로 보나 같은 팔의 상지 3대관절과 손가락관절 및 같은 다리의 하지 3대관절과 발가락 관절은 동일부위로 본다.

【별표-질병관련4】

악성신생물 분류표

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	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

주) 1. 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 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-질병관련5】

제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	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

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표-질병관련6】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	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

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표-질병관련7】

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표-질병관련8】

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 이차성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표-질병관련9】

고액치료비암 분류표

약관에 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 췌장의 악성 신생물	C25
3. 뼈 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
- 사지의 뼈 및 관절연골의 악성 신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성 신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C70~C72
- 수막의 악성 신생물	C70
- 뇌의 악성 신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성면역증식질환	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

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표-질병관련10】

유방완전절제수술 분류표

약관에 규정하는 유방완전절제수술에 해당하는 수술 및 처치코드는 국제의료행위분류표(ICD-9-CM) 중 다음에 적은 수술 및 처치코드를 말합니다.

대상 수술명	수술 및 처치코드
유방절제술 (Mastectomy)	**85.4**
1. 한쪽 단순 유방절제술 (Unilateral simple mastectomy)	85.41
2. 양쪽 단순 유방절제술 (Bilateral simple mastectomy)	85.42
3. 한쪽 확대 단순 유방절제술 (Unilateral extended simple mastectomy)	85.43
4. 양쪽 확대 단순 유방절제술 (Bilateral extended simple mastectomy)	85.44
5. 한쪽 근치적 유방절제술 (Unilateral radical mastectomy)	85.45
6. 양쪽 근치적 유방절제술 (Bilateral radical mastectomy)	85.46
7. 한쪽 확대 근치적 유방절제술 (Unilateral extended radical mastectomy)	85.47
8. 양쪽 확대 근치적 유방절제술 (Bilateral extended radical mastectomy)	85.48

주) 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)가 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다.

【별표-질병관련11】

유방부분절제수술 분류표

약관에 규정하는 유방부분절제수술에 해당하는 수술 및 처치코드는 국제의료행위분류표(ICD-9-CM) 중 다음에 적은 수술 및 처치코드를 말합니다.

대상 수술명	수술 및 처치코드
1. 유방 조직의 절제 또는 파괴, 달리 명시되지 않은 (Excision or destruction of breast tissue, not otherwise specified)	85.20
2. 유방 병변의 국소 절제 (Local excision of lesion of breast)	85.21
3. 유방 사분부의 절제 (Resection of quadrant of breast)	85.22
4. 아전 유방절제술 (Subtotal mastectomy)	85.23
5. 이소성 유방 조직의 절제 (Excision of ectopic breast tissue)	85.24
6. 유두의 절제 (Excision of nipple)	85.25
7. 동시에 삽입물이 동반된 한쪽 피부밑 유방절제술 (Unilateral subcutaneous mammectomy with synchronous implant)	85.33
8. 기타 한쪽 피부밑 유방절제술 (Other unilateral subcutaneous mammectomy)	85.34
9. 동시에 삽입물이 동반된 양쪽 피부밑 유방절제술 (Bilateral subcutaneous mammectomy with synchronous implant)	85.35
10. 기타 양쪽 피부밑 유방절제술 (Other bilateral subcutaneous mammectomy)	85.36

주) 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)가 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다.

【별표-질병관련12】

여성생식기의 암 분류표

약관에 규정하는 여성생식기의 암으로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 여성생식기관의 악성신생물	C51~C56

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표-질병관련13】

여성생식기의 제자리암 분류표

약관에 규정하는 여성생식기의 암으로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 자궁경부의 제자리암종	D06
2. 자궁내막의 제자리암종	D07.0
3. 외음의 제자리암종	D07.1
4. 질의 제자리암종	D07.2
5. 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 제자리암종	D07.3

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표-질병관련14】

자궁적출수술 분류표

약관에 규정하는 자궁적출수술에 해당하는 수술 및 처치코드는 국제의료행위분류표(ICD-9-CM) 중 다음에 적은 수술 및 처치코드를 말합니다.

대상이 되는 수술	수술 및 처치코드
1. 아전적 복식 자궁절제술 (Subtotal abdominal hysterectomy)	68.3
2. 전체적 복식 자궁절제술 (Total abdominal hysterectomy)	68.4
3. 질식 자궁절제술 (Vaginal hysterectomy)	68.5
4. 근치적 복식 자궁절제술 (Radical abdominal hysterectomy)	68.6
5. 근치적 질식 자궁절제술 (Radical vaginal hysterectomy)	68.7
6. 골반 장기 적출술 (Pelvic evisceration)	68.8
7. 기타 및 상세불명 자궁절제술 (Other and unspecified hysterectomy)	68.9

주) 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)가 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다.

【별표-질병관련15】

여성 특정유방질환 분류표

약관에 규정하는 여성 특정유방질환으로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 유방의 양성신생물	D24
2. 양성 유방 형성이상	N60
3. 유방의 염증성 장애	N61
4. 유방의 상세불명의 덩이	N63
5. 유방의 기타장애	N64

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표-질병관련16】

여성 특정부인과질환 분류표

약관에 규정하는 여성 특정유방질환으로 분류되는 질병은 제6차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 자궁의 평활근종	D25
2. 자궁의 기타 양성신생물	D26
3. 난소의 양성신생물	D27
4. 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 양성신생물	D28
5. 난관염 및 난소염	N70
6. 자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
7. 자궁경부의 염증성 질환	N72
8. 기타 여성 골반염증성 질환	N73
9. 달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증성 장애	N74
(여성 매독성 골반염증성 질환(N74.2),	(N74.2,
여성 임균성 골반염증성 질환(N74.3),	N74.3,
여성 클라미디아 골반염증성 질환(N74.4) 제외)	N74.4 제외)
9-1 비뇨생식계통의 결핵	A18.1
10. 바르톨린샘의 질환	N75
11. 질 및 외음부의 기타 염증	N76
12. 달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77
12-1 외음 및 질의 칸디다증	B37.3
13. 자궁내막증	N80
14. 여성생식기 탈출	N81
15. 여성생식기를 포함한 누공	N82
16. 난소, 난관 및 넓은 인대의 비염증성 장애	N83
17. 여성 생식관의 폴립	N84
18. 경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85

분 류 항 목	분류번호
19. 자궁경부의 미란 및 외반	N86
20. 자궁경부의 이형성	N87
21. 자궁경부의 기타 비염증성 장애	N88
(자궁경부의 무력증(N88.3) 제외)	((N88.3) 제외)
22. 질의 기타 비염증성 장애	N89
23. 외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
24. 무월경, 소량 및 희발 월경	N91
25. 과다·빈발 및 불규칙 월경	N92
26. 기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
27. 여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
28. 폐경기 및 기타 폐경기전후 장애	N95

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

제도성 특별약관

1. 특별조건부 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하「보험계약」이라 합니다)을 체결할

① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하「보험계약」이라 합니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사(이하「회사」라 합니다)가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 이 특별약관에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」의 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

③ 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조(특별약관의 내용)

이 특별약관은 피보험자의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 특별약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험계약의 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조(특별약관의 부가조건)

① 이 특별약관에 의하여 부가하는 계약조건은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률에 의한 보험료와 표준체 보험료와의 차액을 특별약관보험료라 하며 보험계약을 체결할 때의 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특별약관보험료(보험계약이 갱신되는 경우에는 갱신시점의 표준체 보험요율을 기준으로 이 특별약관보험료도 재산출합니다)를 더하여 납입보험료로 합니다. 다만, 특별약관보험료는 보험계약의 보험료 납입방법에 관계없이 계약자가 보장보험료로 추가납입하여야 합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 보험계약에 정한 보험금을 지급합니다.

<할증위험률>

피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 일반위험률보다 높게 적용되는 위험률을 말합니다.

<표준체>

할증위험률의 가입조건(보험기간, 납입기간, 피보험자의 가입나이 등)과 동일한 기준에서 일반위험률을 적용하는 피보험자를 말합니다.

2. 보험금감액법

계약일부터 회사가 정하는 삭감기간 내에 보험계약의 규정에 정하는 상해 이외의 원인으로 보험계약의 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 보험계약의 규정에도 불구하고 계약을 체결할 때 정한 삭감기간에 따라 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

경과기간	기준	삭감기간별 보험금지급비율				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	보험계약에 정한 지급 보험금	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 제2호의 삭감기간은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 5년 이내로 합니다. 단, 보험계약이 계약자가 보험기간이 끝나는 날까지 계약을 유지하지 않는다는 의사 표시가 없는 한 별도의 계약사정 없이 갱신되는 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)인 경우「삭감기간」의 산정은 최초계약일을 기준으로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제1항 제1호 및 제2호의 규정에 의하여 보험계약에 부가된 조건을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 보험계약의 보험기간 내에서 회사가 정한 기간으로 합니다.

② 이 특별약관의 보험료는 보험계약의 납입기간 중에 보험계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 보험계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제5조(특별약관 내용의 변경)

이 특별약관이 부가된 보험계약의 경우에는 보험계약 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경
2. 감액완납 또는 연장보험으로의 변경

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보험계약을 따릅니다.

<감액완납보험>

차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험

2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하「보험계약」이라 합니다)을 체결할 때 피보험자의 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 보험계약「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

③ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

④ 보험계약에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이전에 발생한 질병에 대하여 보험계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 보험계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호의 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일(책임개시일) 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
2. 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호의 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 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 질병으로 인한 사망 또는 진단확정된 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태를 보장하는 보험계약에서 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

1. 【붙임1】(특정신체부위 분류표) 중에서 회사가 지정한 부위(이하「특정신체부위」라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으

로 보지 않습니다)

2. 【붙임2】(특정질병 분류표) 중에서 회사가 지정한 질병(이하「특정질병」이라 합니다)

② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정신체부위 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 5년 이내에 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병 및 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병, 또는 제1항 제2호에서 정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우에는 최초 계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다.

④ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

⑤ 피보험자가 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 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정신체부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

⑦ 제1항의 특정신체부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(보험료의 납입연체로 인한 해지특별약관의 부활(효력회복)))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보험계약 「보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)」에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보험계약을 따릅니다.

【붙임1】 특정신체부위 분류표

구 분	특정 신체부위
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관,기관지,폐,흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기)포함]
16	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술 포함)

구 분	특정 신체부위
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽다리(왼쪽 고관절 제외,왼발 포함)
45	오른쪽다리(오른쪽 고관절 제외,오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

【붙임2】 특정질병 분류표

약관에 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	분류항목	분류번호	
51	담석증	K80	담석증
52	요로결석증	N20 N21 N22 N23	콩팥(신장) 및 요관의 결석 하부 요로의 결석 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석 상세불명의 콩팥(신장) 산통
53	관절증 및 류마티스 관절염	M05 M06 M08 M13 M15 M16 M17 M18 M19	혈청검사 양성인 류마티스 관절염 기타 류마티스 관절염 청소년성 관절염 기타 관절염 다발성 관절증 엉덩관절증 무릎관절증 제1손목손허리 관절의 관절증 기타 관절증
54	척추질환	M47 M48.0 M50 M51 M54	척추증 척추 협착 경추간판장애 기타추간판장애 등통증
55	골반염	N73 N74	기타 여성 골반의 염증성 질환 달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증성 장애
56	자궁내막증	N80	자궁내막증
57	자궁근종	D25	자궁의 평활근종
58	연골증	M91 M92 M93 M94	엉덩관절 및 골반의 청소년성 골연골증 기타 청소년성 골연골증 기타 골연골병증 연골의 기타 장애

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따릅니다.

3. 이륜자동차 운전 및 탑승 중 상해 부담보 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하「보험계약」이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사(이하「회사」라 합니다)의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일(책임개시일)은 보험계약「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

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

④ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다.이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.

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 125씨씨 이하로서 3륜이상인 자동차를 포함합니다)]와 배기량이 50씨씨 미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트 미만)인 이륜자동차를 말합니다.

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

로 하여 결정합니다.

제3조(보험료의 납입연체로 인한 해지특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보험계약「보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)」에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보험계약을 따릅니다.

4. 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 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하「보험계약」이라 합니다)「보험계약의 성립」의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자 또는 급여이체일자는 이 청약서에 기재된 보험료 납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보험계약을 따릅니다.

5. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)
이 특별약관은 보험계약자(이하「계약자」라 합니다), 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하「보험계약」이라 합니다)에 적용합니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)
① 이 특별약관은 계약자의 청약과 보험회사(이하「회사」라 합니다)의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)
① 계약자는 보험계약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)
계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본,
가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은
정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의
인감증명서 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

제6조(보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은
정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자의 인감증명서
5. 피보험자 및 지정대리청구인의
가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
6. 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여
제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보험계약을 따릅니다.